

Giuseppe Lavenia

Ketty Taddei

Pietro Bussotti

Franco Burattini

Federica Burattini

Isabella Mazzocchi

Gruppo di Lavoro Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni

Gruppo di Lavoro Psicologia di genere

Gruppo di Lavoro Psicologia e Territorio



psicoin

Rivista dell'Ordine delle Psicologhe
e degli Psicologi della Regione Marche

Direttore Responsabile

Giuseppe Lavenia

Comitato Editoriale

Commissione Cultura Formazione Web
dell'Ordine Psicologhe e Psicologi Marche

Impaginazione:

Tipolitografia Emmepiesse snc - Ancona

Registrazione

Registrato il 19.06.2000
Presso il Tribunale di Ancona
con il n. 8/2000

Periodicità

Semestrale

Recapiti

Redazione

Ordine Psicologhe e Psicologi
della Regione Marche
Via Calatafimi, 1 - 60121 Ancona
info@ordinepsicologimarche.it

Per conoscere le norme redazionali
consultare il sito internet

www.ordinepsicologimarche.it

ISSN 2039-4101

Indice

Editoriale

Giuseppe Lavenia

5

CONTRIBUTI

Il valore delle persone in azienda: un'analisi con l'obiettivo di ottimizzare la gestione del lavoro ed i processi organizzativi

6

Ricerca a cura del Gruppo di Lavoro Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni

Rischi psicosociali sul lavoro

15

Pietro Bussotti

Questionario sui bisogni formativi LGBT-NB e violenza di genere

23

A cura del Gruppo di Lavoro Psicologia di genere

Psicologia del territorio

31

A cura del Gruppo di Lavoro Psicologia e Territorio (anno 2020)

Risonanze in modelli relazionali obsoleti

46

Franco Burattini, Federica Burattini

Mentalizzazione e fallimenti

58

Isabella Mazzocchi

Editoriale

Giuseppe Lavenia

Presidente Ordine delle Psicologhe e degli Psicologi della Regione Marche



Care lettrici, cari lettori, ogni nuova uscita di una rivista non è mai soltanto una somma di articoli. È, prima di tutto, un gesto collettivo. Un tempo condiviso. Uno spazio in cui una comunità professionale sceglie di fermarsi, guardarsi, interrogarsi.

Questo numero nasce proprio così: come un luogo di incontro tra colleghe e colleghi che, con storie, sensibilità e approcci differenti, hanno deciso di mettere in comune pensieri, ricerche, esperienze cliniche. Non per offrire risposte definitive, ma per tenere aperte le domande giuste. A differenza dei numeri monografici, questa edizione non segue un unico filo tematico. E non lo fa volutamente. Perché la psicologia, oggi più che mai, non può permettersi semplificazioni. Vive di complessità, di attraversamenti, di contaminazioni. Vive nei territori di confine, nei passaggi tra il dentro e il fuori, tra il singolo e il collettivo, tra il clinico e il sociale. Gli articoli che troverete in queste pagine ci accompagnano lungo un percorso articolato, che tocca nodi centrali del nostro lavoro quotidiano: dai bisogni formativi legati all'identità e alla violenza di genere, tema che interroga profondamente il nostro ruolo e la nostra responsabilità, fino alla funzione riflessiva e contenitiva dei gruppi terapeutici, luoghi preziosi in cui il pensiero può essere condiviso e trasformato.

Si riflette poi sul ruolo dello psicologo nei servizi territoriali, sospeso, spesso non senza fatica, tra pubblico e privato, tra mandato istituzionale e domanda reale, fino ad arrivare a un approfondimento sulle risonanze che emergono quando ci confrontiamo con modelli relazionali obsoleti, che continuano però ad abitare il presente.

Ne emerge una pluralità di voci che non cerca uniformità, ma dialogo. Perché è proprio nella differenza che la psicologia trova la sua forza: nella capacità di ascoltare punti di vista diversi, di tollerare l'ambiguità, di restare in relazione anche quando il pensiero si fa scomodo.

Questa varietà non è una dispersione, ma una risorsa. Racconta la complessità del nostro lavoro, la ricchezza dei contesti in cui operiamo, e il valore di una comunità professionale che non rinuncia a interrogarsi, a mettersi in discussione, a crescere. Vi invitiamo quindi a sfogliare le pagine che seguono non come un semplice atto di lettura, ma come un'esperienza di confronto: con gli autori, con i temi proposti, ma anche e soprattutto con voi stessi e con la vostra pratica quotidiana.

Che questa lettura possa essere occasione di riflessione, di scambio e di trasformazione condivisa.

Buona lettura a tutte e a tutti.

Il valore delle persone in azienda: un'analisi con l'obiettivo di ottimizzare la gestione del lavoro ed i processi organizzativi

Ricerca a cura del Gruppo di Lavoro Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni (anno 2023)

Consigliere Referente: Alessandro Suardi

Coordinatrice: Ketty Taddei

Componenti: Barbara Baldinelli, Roberta Caniglia, Paola Cicchelli,
Emanuela Cicconi, Elena Formiglio, Barbara Gattoni, Daniele Orazi, Katy Pelloni,
Paola Petrelli, Pina Romandini

Autrici dell'articolo: Barbara Gattoni e Ketty Taddei

Questo articolo nasce dal lavoro svolto nel 2023 dal Gruppo di Lavoro di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, operante in seno all'Ordine delle Psicologhe e degli Psicologi della Regione Marche (d'ora in poi abbreviato come *GdL Psicologia del Lavoro OPM*) come condivisione dei risultati dell'indagine esplorativa, diffusi in occasione del primo Convegno sul tema organizzato dell'Ordine delle Psi-

cologhe e degli Psicologi della Regione Marche e delle riflessioni emerse durante lo stesso.

INTRODUZIONE

L'obiettivo di questa breve introduzione è quello di offrire una panoramica su alcuni aspetti applicativi della psicologia nei contesti lavorativi a colleghe e colleghi Psicologi del Lavoro e delle Organizzazioni in cerca di uno spunto di riflessione rispetto alle proprie esperienze professionali maturate in questo stesso ambito e a coloro che intendessero avvicinarsi ad esso per la prima volta.

La classificazione EuroPsy distingue tre ambiti di intervento psicologico connes-

si alle attività di lavoro: **Psicologia delle risorse umane, Psicologia del lavoro e Psicologia delle organizzazioni.**

Il focus della disciplina è rivolto alle **relazioni tra persona, lavoro e contesti organizzativi** con riguardo ai fattori personali, interpersonali, psicosociali e situazionali che intervengono nella costruzione delle condotte individuali e collettive. Gli Psicologi esperti in questo ambito cooperano con altre figure professionali quali addetti alla gestione delle risorse umane, manager, datori di lavoro, medici e consulenti del lavoro con lo scopo di progettare e mettere in atto interventi a livello individuale, di gruppo e di organizzazione.

In particolare, **nell'ambito della psicologia delle risorse umane** le psicologhe e gli psicologi che operano all'interno delle organizzazioni o in qualità di consulenti esterni ad esse, si occupano, in prevalenza delle modalità di gestione delle persone tenendo conto sia delle aspettative dei lavoratori che di quelle delle organizzazioni all'interno delle quali questi ultimi sono inseriti. Tali interventi possono essere ricondotti alle seguenti aree:

- 1) selezione, valutazione e orientamento delle risorse umane;
- 2) formazione e sviluppo delle persone;
- 3) analisi delle condizioni di lavoro e benessere individuale e organizzativo;
- 4) valutazione e gestione dei rischi psicosociali;
- 5) management e leadership.

Tali attività sono, inoltre, supportate dall'utilizzo di strumenti specifici per i quali lo Psicologo è un professionista abilitato: citiamo, a titolo di esempio, inventari, questionari e test, interviste, focus group e osservazione diretta.

L'INDAGINE

Indagine promossa nell'anno di lavoro 2022/2023 dal *GdL Psicologia del Lavoro OPM* per la rilevazione delle politiche di gestione delle persone nelle aziende della nostra Regione.

Obiettivo

L'intento è quello di "fotografare" l'attuale gestione delle risorse umane nelle aziende della regione Marche, nella consapevolezza che una ricerca di questo tipo risulta più incentrata sull'esplorazione della tematica, anziché sulla sua valenza statistica.

Il quadro che emerge mostra, relativamente al campione rispondente, l'orientamento delle politiche di gestione delle risorse umane nelle aziende del territorio, permettendoci di effettuare una prima analisi e una riflessione sul tema.

Di fatto, conoscere le aree di interesse ed i bisogni emergenti palesati dalle aziende, permette ai professionisti del settore di mantenere il focus sulle tematiche da approfondire e portare avanti un lavoro di costante ricerca e preparazione, al fine di poter rappresentare un valido supporto per le aziende del territorio.

Uno dei pilastri della nostra professione (come psicologi del lavoro) è quello di affiancare le aziende nella gestione dei processi hr; in particolare, nell'accompagnarle nei periodi di cambiamento, che siano essi organizzativi, di business, passaggi generazionali o progetti di sviluppo.

Allo stesso tempo i dati emersi dall'indagine, sono in grado di fornire informazioni essenziali al fine di approntare strategie di marketing e sviluppo del business necessarie per la nostra professione di psicologi del lavoro e delle organizzazioni.



Non meno importante, i risultati dell'indagine possono fornire ad OPM importanti indicazioni a supporto della crescita e promozione della psicologia del lavoro nel territorio.

Popolazione di riferimento

Imprese aventi sede nella regione Marche.

Questionari compilati

Sono 70 le aziende che hanno aderito alla indagine, di cui n.64 con sede legale nelle Marche, n.4 aziende che operano o che hanno filiali operative in diverse province delle Marche, ma con sede legale fuori regione (PIEMONTE, LAZIO, EMILIA-ROMAGNA).

Lo strumento

Dal Gdl *Psicologia del Lavoro OPM* è stato elaborato un questionario suddiviso in due parti:

- una prima parte destinata a raccogliere informazioni di tipo anagrafico/strutturale (le dimensioni dell'azienda, l'ubicazione della sede legale, il settore di appartenenza) quali parametri alla base dell'analisi dei dati;

- una seconda parte, composta da 11 domande che tendono ad esplorare, dal punto di vista dei referenti aziendali che hanno risposto al questionario, l'interesse delle organizzazioni del territorio nei confronti dei servizi dedicati alla gestione delle risorse umane con uno sguardo verso le prospettive future della professione.

Modalità di invio del questionario

Il questionario è stato diffuso da OPM, dai membri del gruppo di lavoro e dai partners individuati nel progetto, nelle seguenti modalità:

- invii via mail personalizzati da parte dei

componenti del gruppo di lavoro;

- pubblicazione sul sito OPM;
- condivisione sui social network LinkedIn e Facebook;
- condivisione da parte dei partners: Ordine dei Consulenti del Lavoro di Ancona, Confindustria Pesaro Urbino, Confapi Ancona, Confesercenti Pesaro-Urbino, Inteamnetwork, Ad Maiora, Studio Mosca, Poliarte e Workgate Italia.

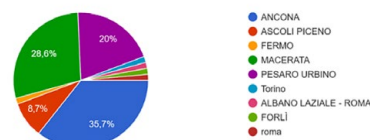
I RISULTATI DEL QUESTIONARIO

Scopriamo insieme quali sono stati i principali risultati dell'indagine riassunti qui di seguito in maniera sintetica.

PARTE I: ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

Quale la distribuzione per provincia delle aziende partecipanti?

SEDE LEGALE AZIENDA: PROVINCIA
70 risposte



SEDE LEGALE AZIENDA	NUMERO DIPENDENTI				Totale complessivo
	meno di 15	dai 15 ai 50	dai 51 ai 250	più di 250	
ANCONA	15	6	3	1	25
ASCOLI PICENO	1	2	3		6
FERMO	1				1
MACERATA	9	1	8	2	20
PESARO URBINO	4	3	3	4	14
TORINO		1			1
ALBANO LAZIALE - ROMA				2	2
FORLÌ			1		1
Totale complessivo	29	13	19	8	70

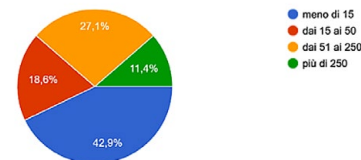
Tab. 1 - Sede legale azienda per numero di dipendenti

Hanno risposto al questionario anche n. 4 aziende che operano sul territorio marchigiano, ma dichiarano di avere sede legale fuori regione (riportate in colore rosso in Tabella 3).

Quale è la distribuzione delle aziende

partecipanti in termini di settore di appartenenza, numero di dipendenti e fatturato?

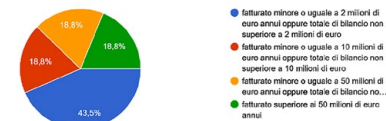
NUMERO DIPENDENTI
70 risposte



CCNL	NUMERO DIPENDENTI				Totale complessivo
	dai 15 ai 50	dai 51 ai 250	meno di 15	più di 250	
ARTIGIANATO		1	3		3
BANCARIO			1		1
CALZATURIERO		1			2
CHIMICA	1	1	1		3
COMMERCIO	2	1	2	1	6
COOPERATIVE SOCIALI		2			2
FORMAZIONE PROFESSIONALE			1		1
FUNZIONI LOCALI			1		1
IND. ALIMENTARE	1				1
IND. CARTA		1			1
IND. EDILIZIA	1				1
IND. GOMMA E PLASTICA		2		2	4
IND. LEGNO E ARREDAMENTO		3	1	1	5
LOGISTICA				2	2
METALMECCANICO	5	5	4	4	18
NON IDENTIFICATE	1		7		8
STUDI PROFESSIONALI	1		7		8
TERZIARIO			2		2
TURISMO - PUBBL. SERVIZI	1				1
Totale complessivo	15	19	30	8	70

Tab. 2.a - Settore di appartenenza per numero di dipendenti dell'azienda.

FATTURATO
69 risposte



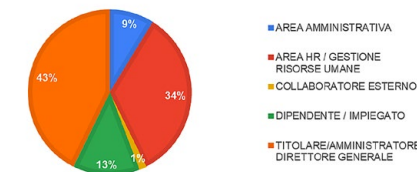
CCNL	FATTURATO				Totale complessivo
	minore o uguale a 2 milioni di euro annuo	minore o uguale a 10 milioni di euro annuo	minore o uguale a 50 milioni di euro annuo	superiore a 50 milioni di euro annuo	
ARTIGIANATO	1	2			3
BANCARIO			1		1
CALZATURIERO		1			2
CHIMICA	1	1	1		3
COMMERCIO		2	3	1	6
COOPERATIVE SOCIALI	2				2
FORMAZIONE PROFESSIONALE		1			1
FUNZIONI LOCALI	1				1
IND. ALIMENTARE	1				1
IND. CARTA			1		1
IND. EDILIZIA		1			1
IND. GOMMA E PLASTICA		1	1	3	4
IND. LEGNO E ARREDAMENTO		1	3	1	5
LOGISTICA			1	1	2
METALMECCANICO	6	4	3	4	17
NON IDENTIFICATE	1		7		8
STUDI PROFESSIONALI			7		8
TERZIARIO			2		2
TURISMO - PUBBL. SERVIZI			1		1
Totale complessivo	13	30	12	13	69

Tab. 2.b - Settore di appartenenza per fatturato.

Su 70 questionari compilati, sono 69 le aziende che hanno risposto alla domanda specifica sul fatturato.

A chi è stato affidato il compito di compilare il questionario in azienda?

INDICARE IL SUO RUOLO ALL'INTERNO DELL'AZIENDA



IL RUOLO INTERNO ALL'AZIENDA	
AREA AMMINISTRATIVA	6
AREA HR / GESTIONE RISORSE UMANE	23
COLLABORATORE ESTERNO	1
DIPENDENTE / IMPIEGATO	9
TITOLARE/AMMINISTRATORE DIRETTORE GENERALE	31
Totale complessivo	70

Tab. 3.a - Chi ha compilato il questionario?

IL RUOLO ALL'INTERNO DELL'AZIENDA	NUMERO DIPENDENTI				Totale complessivo
	dai 15 ai 50	dai 51 ai 250	meno di 15	più di 250	
AREA AMMINISTRATIVA	1	2	3		6
AREA HR / GESTIONE RISORSE UMANE	3	11	1	8	23
COLLABORATORE ESTERNO			1		1
DIPENDENTE / IMPIEGATO	3	1	5		9
TITOLARE/AMMINISTRATORE DIRETTORE GENERALE	7	5	19	31	31
Totale complessivo	14	19	29	8	70

Tab. 3.b - Ruolo interno all'azienda per numero di dipendenti

PARTE II: ALLA RICERCA DI "TRACCE DI FUTURO PER LA PROFESSIONE"

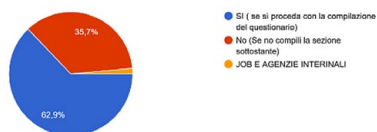
L'analisi dei dati raccolti attraverso la somministrazione dei questionari, seppur sappiamo non rappresentativi del più ampio campione di aziende presenti nella regione Marche, si è focalizzata in particolare nell'identificazione degli "spazi occupazionali e di intervento" della figura dello psicologo nelle organizzazioni partendo dalle due principali domande che ci hanno spinti sin dall'inizio ad avviare l'indagine:

- le aziende marchigiane riconoscono lo psicologo del lavoro come professionista in possesso di conoscenze e competenze in grado di offrire un valore aggiunto al complesso processo di gestione delle risorse umane?

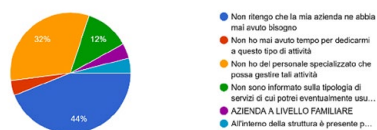
- rispetto ai possibili ambiti di intervento della psicologia del lavoro, quali sono le attività più richieste dalle aziende presenti nella regione Marche? Quali sono invece le aree di sviluppo futuro della professione?

Chi sono i professionisti a cui si affidano le aziende per interventi e servizi in ambito risorse umane?

1. AVETE MAI COLLABORATO CON PROFESSIONISTI ESTERNI PER CONSULENZE IN AMBITO RISORSE UMANE?
70 risposte



Se ha risposto NO alla domanda 1. Indichi la motivazione fra quelle sotto indicate e passi direttamente alla domanda 11 nella parte finale del questionario
25 risposte



ANALISI DELLA RISPOSTA NO

SI	45
NO	25
TOT aziende	70

se NO, ci indichi per favore la motivazione	n. risposte
Non ritengo che la mia azienda ne abbia mai avuto bisogno	11
Non ho mai avuto tempo per dedicarmi a questo tipo di attività	1
Non ho del personale specializzato che possa gestire tali attività	8
Non sono informato sulla tipologia di servizi di cui potrei eventualmente usufruire affidandomi ad un professionista in area risorse umane	3
Altro: All'interno della struttura è presente personale specializzato	1
Altro: Azienda a livello familiare	1
Tot	25

ANALISI DELLA RISPOSTA SI – attraverso le risposte alla DOMANDA 2.

SI	45
NO	25
TOT aziende	70

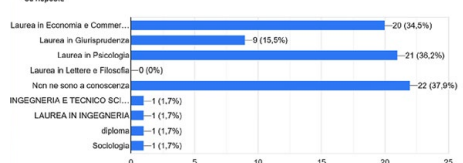
Se ha risposto SI alla domanda 1. 2. SE SÌ, COME È AVVENUTA LA SCELTA DEL PROFESSIONISTA?
45 risposte



Dati presentati sulla base dell'indice di frequenza delle risposte date dai partecipanti all'indagine:

SE SÌ, COME È AVVENUTA LA SCELTA DEL PROFESSIONISTA?	n. risposte
Conoscenza diretta o azione di marketing	15
Società di consulenza	13
Passa parola	8
Contatti con Associazione di Categoria	3
Contatti con Ordini Professionisti	2
Conoscenza avvenuta tramite eventi o pubblicità sui social	2
Altro: SI SONO PROPOSTI SPONTANEAMENTE	1
Altro: IN UN MOMENTO DI NECESSITA' HO CONTATTATO DIVERSE AG. INTERNALI	1
Tot	45

5. QUALE FORMAZIONE HA IL PROFESSIONISTA AL QUALE SONO AFFIDATE - O LO SONO STATE IN PASSATO - LE ATTIVITÀ DA LEI INDICATE? (è possibile indicare più opzioni)
59 risposte



Tab. 4.a - Formazione professionisti scelti dalle aziende per attività settore HR

Dati formazione del professionista al quale l'azienda si è affidata per interventi e servizi in ambito risorse umane	
Non ne sono a conoscenza	22
Laurea in Psicologia	21
Laurea in Economia e commercio	20
Laurea in Giurisprudenza	9
Laurea in Ingegneria e area tecnico scientifica	1
Laurea in ingegneria	1
Laurea in Sociologia	1
Diploma	1

Tab. 4.b - Formazione professionisti scelti dalle aziende per attività settore HR

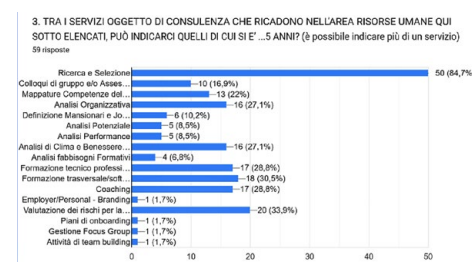
Quanto emerso dalla ricerca condotta conferma che le competenze del professionista Psicologo del Lavoro, negli ultimi anni vengono maggiormente richieste. L'approccio antropocentrico della psicologia del lavoro tende di fatto a conciliare gli obiettivi aziendali con la valorizzazione della persona, con un focus sulle dinamiche relazionali che si instaurano all'interno delle organizzazioni stesse.

Si rileva, sorprendentemente, che il numero più alto di risposte indica che l'azienda non conosce il titolo di studio del professionista al quale si è affidata per l'erogazione di servizi così delicati come quelli relativi la gestione delle risorse umane. Dovremmo interrogarci sulla motivazione che spinge molte aziende ad affidare attività nell'ambito della gestione e sviluppo delle risorse umane a professionisti – che siano essi interni all'azienda o consulenti esterni - diversi dallo psicologo del lavoro, e su quanto queste

siano ad oggi consapevoli delle competenze, conoscenze, abilità professionali proprie della nostra professione. Conoscenze psicologiche, tecniche e costrutti sono le basi scientifiche, usate dagli psicologi del lavoro per mettere in campo azioni finalizzate al conseguimento di obiettivi condivisi in modo pragmatico con la direzione aziendale. Gli Psicologi del Lavoro sono chiamati inoltre "a mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori nei quali operano" come indicato all'art.5 del codice deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani.

SERVIZI OGGETTO DI CONSULENZA: UNA FOTOGRAFIA DELLA REALTÀ ATTUALE

Alla **DOMANDA 3** viene chiesto: "TRA I SERVIZI OGGETTO DI CONSULENZA CHE RICADONO NELL'AREA RISORSE UMANE QUI SOTTO ELENCATI, PUÒ INDICARCI QUELLI DI CUI SI È AVVALSO NEGLI ULTIMI 5 ANNI?"



Tab. 5 - Sede legale azienda per numero di dipendenti

Dall'analisi delle risposte fornite dalle aziende, emergono tra i servizi più utilizzati la ricerca e selezione del personale, la formazione e le analisi organizzative che danno origine a proposte di intervento mirato e strategico in azienda.

La **RICERCA E SELEZIONE** risulta l'area fortemente dominante. Sicuramente rientra tra le attività in cui lo psicologo del lavoro è più identificato come professione di supporto per le imprese, per le competenze e per l'utilizzo di strumenti specifici, quali test, che la legislazione prevede vengano somministrati da psicologi. L'interesse verso la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze del personale presente in azienda attraverso programmi di **FORMAZIONE TRASVERSALE (SOFT SKILLS) e TECNICO PROFESSIONALE** sembra essere diventato negli anni sempre più forte.

La formazione è diventata un processo intrinseco per molte aziende, in parte ciò è dovuto all'obbligatorietà di alcuni corsi, ma altresì si è venuta a connotare una evoluzione della cultura aziendale in questa direzione. Negli anni, infatti, si è ampliato notevolmente il numero di aziende che richiede formazione trasversale per i propri collaboratori, soprattutto per le linee manageriali.

Ricordiamo anche l'importante ruolo che può avere un professionista esperto nella costruzione di percorsi formativi e nella gestione dei processi di comunicazione (come è lo psicologo), nella progettazione di percorsi di formazione obbligatori per i lavoratori e le figure manageriali nel campo della **SICUREZZA DEL LAVORO** (in linea con quanto indicato dagli accordi stato-regioni in vigore e definito dal d.lgs. 81/08).

L'interesse per gli aspetti legati all'**ANALISI ORGANIZZATIVA**, anche con riferimento all'ANALISI DI CLIMA E BENESSERE, conferma la consapevolezza da parte delle aziende della loro valenza strategica in particolare con lo scopo di pianificare interventi organizzativi mirati. L'attuale scenario, dove i cambiamenti importanti sono veloci e costanti, si definisce come una realtà nella quale le

organizzazioni necessitano di capacità di adattamento, leadership flessibile e un'attenzione costante al monitoraggio delle dinamiche interne, oltre che esterne.

La VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE E SICUREZZA, con riferimento ai rischi psicosociali in particolare lo STRESS LAVORO CORRELATO, è un altro servizio indicato come richiesto dalle aziende che hanno partecipato all'indagine. Tale valutazione è un'attività che rientra tra gli obblighi di legge, e che - se eseguita in collaborazione con psicologi - spesso si rivela per le aziende come una grande occasione per migliorare il benessere organizzativo, percepito in azienda attraverso la progettazione e la messa in atto di misure di prevenzione costruite ad hoc per il contesto aziendale di riferimento.

LE PROSPETTIVE FUTURE

Da un confronto dei dati emersi dalle risposte alla **DOMANDA 3** "Tra i servizi oggetto di consulenza che ricadono nell'area risorse umane qui sottoelencati, può indicarci quelli di cui si è avvalso negli ultimi cinque anni?" e le risposte alla **DOMANDA 11** "Quali dei servizi qui di seguito elencati ritiene potrebbe esser utile sviluppare all'interno della sua azienda? E su quali dei servizi elencati le piacerebbe ricevere maggiori informazioni?", emerge che **l'interesse ad implementare in azienda i servizi nell'area delle risorse umane** rimanda a quello più ampio dell'ANALISI DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO, atta a ridefinire per esempio il SISTEMA DEI RUOLI PROFESSIONALI aziendale; a VALORIZZARE LE RISORSE e le COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI e TRASVERSALI presenti in azienda anche attraverso processi di FORMAZIONE mirati.

LEGENDA:

SERVIZIO OGGETTO DI CONSULENZA	AREA
Servizi più utilizzati (negli ultimi 5 anni)	VERDE
Servizi utilizzati con meno frequenza	GIALLO
Servizi che hanno suscitato meno interesse	ROSSO

Legenda: indicazioni per la lettura delle tabelle 5.a, 5.b e 5.c.

SERVIZIO OGGETTO DI CONSULENZA	n. aziende
Ricerca e Selezione	25
Valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza (es. Rischio stress lavoro correlato)	16
Analisi Organizzativa	14
Formazione trasversale/soft skills	13
Formazione tecnico professionale	12
Colloqui di gruppo e/o Assessment Center	10
Mappature Competenze del Personale	10
Analisi di Clima e Benessere Organizzativo	10
Analisi Performance	6
Analisi Potenziale	5
Definizione Mansionari e Job Profile	3
Analisi fabbisogni Formativi	3
Coaching	3
Employer/Personal Branding	1
Plani di onboarding	1
ALTRO: Attività di Team Building	1
Affiancamento passaggio generazionale	1

Tab. 5.a - Tabella riferibile ai risultati della domanda 3 del questionario.

Da mettere in evidenza, l'interesse dimostrato da n.17 aziende verso il servizio di "AFFIANCAMENTO AL PASSAGGIO GENERAZIONALE" non indicato (in DOMANDA 3) come servizio utilizzato in passato. Questo sembra rispecchiare una necessità legata alle caratteristiche proprie del tessuto imprenditoriale della regione Marche, fatto di PMI a gestione spesso familiare che manifestano con questa risposta la necessità del supporto di team di professionisti con una formazione multidisciplinare (tra cui anche lo Psicologo del lavoro e delle organizzazioni), nel processo che conduce al passaggio di capitale e di responsabilità gestionale, dalla generazione presente a quella emergente, con l'obiettivo di assicurare continuità all'impresa.



ATTIVITÀ AREA RU	Interesse nello sviluppare il servizio internamente alla mia azienda	ENTRAMBE	TOT
Analisi di Clima e Benessere Organizzativo	21	8	29
Analisi Organizzativa	19	5	24
Mappature Competenze del Personale	17	5	22
Analisi Performance, definizione KPI e strutturazione lavoro per obiettivi	16	6	22
Definizione Mansionari e Job Profile	16	4	20
Formazione trasversale/soft skills	17	1	18
Affiancamento passaggio generazionale	12	5	17
Analisi Potenziale	15	1	16
Ricerca e Selezione	15	0	15
Plani di onboarding	12	3	15
Coaching	11	1	12
Valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza (es. Rischio stress lavoro correlato)	10	1	11
Colloqui di gruppo e/o Assessment Center	8	2	10
Employer / Personal Branding	5	2	7

Tab. 5.b - Tabella riferibile ai risultati della domanda 11 del questionario.

D'altro canto, **l'interesse a ricevere informazioni più approfondite** sembra essere diretto non solo verso quei servizi meno utilizzati (da RISPOSTE DOMANDA 3) - per es. PIANI DI ONBOARDING è stato scelto da 18 aziende su 70; AFFIANCAMENTO PASSAGGIO GENERAZIONALE da 12 aziende - confermando il trend già evidenziato tra i servizi dei quali le organizzazioni vorrebbero già usufruire nel breve periodo; EMPLOYER/PERSONAL BRANDING scelto da 8 aziende. I risultati emersi, inoltre, sembrano mettere in evidenza la necessità di diffondere una nuova cultura di impresa, che riconosca sempre di più nell'approccio di analisi del contesto aziendale e gestione delle dinamiche organizzative proprio della psicologia del lavoro e delle organizzazioni, un potente strumento di valorizzazione delle persone, in grado di avere un impatto positivo diretto sul benessere organizzativo e, in generale, sul successo dell'impresa migliorandone l'efficienza dei processi e garantendo il raggiungimento dei risultati. La richiesta di informazioni sul servizio può sottendere, altresì, la necessità di presentare lo stesso in maniera più strutturata in termini di processo (tempistiche,

costi, monitoraggio dei risultati e misure di verifica della efficacia dell'intervento) ed essere in grado di definire i vantaggi dell'intervento, facendo delle previsioni sui benefici che questo può apportare nel singolo contesto aziendale.

ATTIVITÀ AREA RU	Mi piacerebbe avere informazioni più approfondite sul servizio	ENTRAMBE	TOT
Plani di onboarding	15	3	18
Analisi Performance, definizione KPI e strutturazione lavoro per obiettivi	11	6	17
Mappature Competenze del Personale	10	5	15
Analisi Potenziale	14	1	15
Analisi di Clima e Benessere Organizzativo	7	8	15
Analisi Organizzativa	8	5	13
Coaching	11	1	12
Affiancamento passaggio generazionale	7	5	12
Definizione Mansionari e Job Profile	7	4	11
Colloqui di gruppo e/o Assessment Center	8	2	10
Ricerca e Selezione	9	0	9
Formazione trasversale/soft skills	8	1	9
Employer / Personal Branding	6	2	8
Valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza (es. Rischio stress lavoro correlato)	6	1	7

Tab. 5.c - Tabella riferibile ai risultati della domanda 11 del questionario.

RIFLESSIONI FINALI

La psicologia del lavoro e delle organizzazioni, e di conseguenza il lavoro dello psicologo in questo ambito, desta sempre più interesse non solo tra le grandi imprese, ma anche in quelle di piccole e medie dimensioni. Sono proprio queste ultime che, a fronte di problemi non meno complessi di quelli che affrontano le grandi aziende, spesso non dispongono di figure professionali interne in grado di gestire attività necessarie ad una sempre più sfidante gestione dell'organizzazione, in tutti i suoi aspetti. La scelta di affidare a professionisti esterni compiti inerenti la gestione delle proprie risorse umane può diventare allora una strada da percorrere da parte delle imprese del territorio marchigiano. Da quanto emerge dall'indagine condotta, agli psicologi del lavoro, che siano essi dipendenti interni oppure consulen-

ti esterni all'organizzazione, viene riconosciuto un contributo fondamentale nell'accompagnare l'impresa non solo nei momenti di crisi o cambiamento organizzativo, ma anche nella ordinaria gestione delle risorse umane e, più in generale, nelle attività connesse con la promozione del benessere organizzativo. Per questo, oggi più che mai è fondamentale prenderci del tempo per comprendere all'interno delle organizzazioni, che siano esse del settore privato o del settore pubblico, quali siano gli "spazi, occupazionali e d'intervento" per gli psicologi del lavoro.

Per riuscire in questa impresa, gli psicologi del lavoro devono essere in grado di comprendere "linguaggi, competenze e strumenti di discipline affini o adiacenti" poiché la loro area di intervento non si limita di fatto alla gestione delle persone in quanto tali, ma pone l'attenzione anche sui "loro comportamenti in relazione ai vincoli e agli obiettivi del contesto organizzativo" all'interno del quale questi sono inseriti (Argentero et al., 2017).

È in questo processo di scambio continuo, che la psicologia del lavoro attinge ai contenuti di tutte le discipline afferenti all'organizzazione (ingegneria, economia, sociologia, giurisprudenza, ecc.) e, a sua volta, attraverso il lavoro prezioso degli psicologi, contaminare con il suo sapere persone e organizzazioni.



BIBLIOGRAFIA

Argentero Piergiorgio (a cura di), 2017, *Psicologia del Lavoro e interventi organizzativi*, Franco Angeli

Avallone Francesco, 2021, *Psicologia del lavoro e delle organizzazioni*, Carocci editore

Rosanna Gallo, Gandolfo Jessica, Bonomi Sarah Noemi, 2022, *La felicità è una scienza e si può apprendere*, Franco Angeli

Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani.

SITOGRAFIA

<https://www.psy.it/la-professione-psicologica/euopsy/>

<https://www.inpa-euopsy.it/CNOP>

https://www.psy.it/allegati/aree-pratica-professionale/psicologo_del_lavoro.pdf

<https://www.inpa-euopsy.it/>

Rischi psicosociali sul lavoro

Le diverse facce di un fenomeno (forse) ineluttabile

Pietro Bussotti

psicologo del lavoro e psicoterapeuta



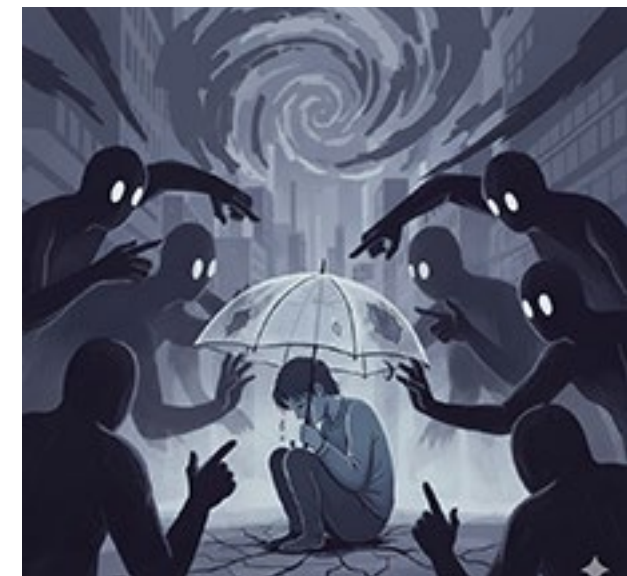
Flavio, da diversi mesi, subisce vessazioni da parte del suo superiore, il dottor Bianchi. Il dottor Bianchi lo critica aspramente in pubblico, gli assegna compiti umilianti e gli fa continue battutine offensive sul suo aspetto fisico e sulle sue capacità lavorative. Marco si sente umiliato e demotivato, e la sua autostima è crollata.

Marta, una programmatrice esperta, stava lavorando al suo ultimo progetto quando il suo capo, **Luca**, l'ha convocata in ufficio. Con tono accusatorio, Luca ha iniziato a criticare il suo lavoro, definendolo "incompleto" e "inaccettabile". Marta ha cercato di spiegare le sue difficoltà tecniche, ma Luca l'ha interrotta con un urlo, lanciando una cartelletta sulla sua scrivania. Sconvolta e umiliata, Marta è scoppiata in lacrime, sentendosi impotente di fronte all'aggressività del suo superiore.

Elena, infermiera al pronto soccorso, stava assistendo un paziente anziano in condizioni critiche quando i suoi familiari, irati per il tempo di attesa e preoccupati per le sue condizioni, hanno iniziato a insultarla e a minacciarla. La situazione è degenerata rapidamente: uno dei familiari ha spinto Elena contro un carrello, mentre un altro le ha lanciato contro un

oggetto contundente. Terrorizzata e ferita, Elena è riuscita a rifugiarsi in un'altra stanza, chiamando la polizia. L'aggressione ha lasciato l'intera équipe del pronto soccorso scossa e preoccupata per la propria sicurezza.

Alessandro, un giovane grafico, era oberato di lavoro. Notifiche continue sul computer, richieste urgenti via email e messaggi incessanti sul cellulare lo bombardavano di informazioni, creando una sensazione di pressione e ansia



incessante. Incapace di concentrarsi su un singolo compito, Luca commetteva errori e si sentiva sempre più frustrato e demotivato. La tecnologia, che all'inizio era un alleato per velocizzare il suo lavoro, si era trasformata in una fonte di stress insostenibile.

Giulia, una stagista di 23 anni, lavorava con entusiasmo nella sua prima settimana in un'azienda di design quando il suo capo, **Marco**, ha iniziato a farle avances indesiderate. Commenti sul suo aspetto fisico, battute inopportune e allusioni sessuali l'hanno messa a disagio e l'hanno fatta sentire vulnerabile. Intimorita dalla posizione di potere di Marco, Giulia non sapeva come reagire e si sentiva in trappola. Ogni giorno al lavoro diventava per lei un incubo, minando la sua autostima e la sua passione per il lavoro.

Cosa?

Queste storie sono tutte unite e ci sono diversi fili che le attraversano: si svolgono in ambiente di lavoro, riguardano fenomeni relazionali, generano sofferenza, disagio, paura, sono condizioni in cui la salute psicofisica è messa a rischio. Tutte queste storie parlano di una quotidianità che tutti noi conosciamo, che ci investe o che

ci sfiora, ma che nessuno può dire di non aver in qualche modo conosciuto, direttamente o indirettamente. Queste storie parlano di noi (in senso lato), parlano di ciò che avviene alle persone al lavoro, qualcosa di odioso, ma in fondo normale, qualcosa che va assolutamente contrastato, partendo dal primo passo: far cadere il velo e mettere la parola fine all'ipocrisia di chi si volta dall'altra parte. Tutte queste storie parlano di Rischi Psicosociali¹.

I rischi psicosociali sul luogo di lavoro rappresentano una minaccia crescente per la salute e il benessere dei lavoratori. Secondo la definizione di Cox e Griffiths (1995), questi rischi comprendono gli aspetti della progettazione, organizzazione e gestione del lavoro e il loro contesto sociale che possono causare danni psicologici, sociali o fisici. Anche l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) sottolinea che i rischi psicosociali derivano da un'interazione inadeguata tra *design* del lavoro, organizzazione,

gestione e contesto sociale. Tipicamente si tratta di fenomeni quali lo stress lavoro correlato, il mobbing, le molestie morali e sessuali, le aggressioni in ambiente di lavoro.



1 Rischi Psicosociali - RPS nel testo.

Quando?

Il concetto di RPS sul luogo di lavoro ha iniziato a guadagnare attenzione a partire dagli anni '70, in particolare con la crescita della consapevolezza sugli effetti dello stress lavorativo sulla salute mentale e fisica dei dipendenti. Durante questo periodo, numerosi studi e ricerche hanno iniziato a esplorare le relazioni tra ambiente di lavoro, condizioni lavorative e salute psicologica dei lavoratori. Guardando alle origini, una delle prime e più influenti teorie sui rischi psicosociali è stata sviluppata da Robert Karasek nel 1979, con il suo "Modello Domanda-Controllo" (*Job Demand-Control Model*). Questo modello postula che il rischio di stress e malattie legate al lavoro aumenta quando i lavoratori affrontano elevate richieste lavorative (*job demands*) e hanno un basso controllo sulle loro attività (*job control*). Lavori che comportano alte richieste e basso controllo sono stati associati a livelli più elevati di stress e problemi di salute. Successivamente sono state inserite nel modello ulteriori variabili di mitigazione, in particolare il supporto sociale (*support*).

Negli anni '80, i RPS hanno continuato a essere oggetto di studio, con un'attenzione crescente verso le conseguenze dello stress lavorativo, come il burnout. In questo periodo, la nozione di "burnout" è stata introdotta da Herbert Freudenberger e successivamente sviluppata da Christina Maslach, che ha creato il Maslach Burnout Inventory (MBI), uno degli strumenti più utilizzati per misurare il burnout. Se con il modello di Karasek l'enfasi era sui fattori di rischio, con lo spostamento dell'attenzione sul burnout si allargano anche alle conseguenze.

Un passo fondamentale per la sicurezza sul lavoro in Europa è stata la direttiva qua-

dro 89/391/CEE del Consiglio dell'Unione Europea del 1989. Oltre a dare un forte impulso al settore della sicurezza, ha rappresentato un momento di avvio per una vasta serie di riflessioni, studi ed approfondimenti anche sui rischi psicosociali.

L'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) ha anch'essa iniziato a occuparsi dei rischi psicosociali in maniera più sistematica negli anni '90, producendo linee guida e raccomandazioni per aiutare i paesi membri a gestire questi rischi.

Niente di nuovo dunque, tuttavia si può restare stupiti quando, ancora oggi si sente parlare di questi fattori di rischio, come di "nuovi fattori" che si affiancano nell'epoca moderna a quelli tradizionali (rischi fisico, chimico e biologico, di natura ergonomica). Un fenomeno tanto naturale quanto deprecabile, così diffuso che può vantare una letteratura scientifica sconfinata ed una tradizione di circa mezzo secolo, può essere definito come "nuovo", solo per evidente ignoranza o per cattiva fede. In effetti i RPS generano, in una consistente parte del mondo produttivo, forti resistenze. I cosiddetti "rischi tradizionali" stuzzicano queste reazioni ormai molto di meno: se si parla di vibrazioni o radiazioni ionizzanti, non si assiste più ad elucubrazioni sofisticate atte a dimostrare che essi non esistono o perlomeno che le aziende non se ne devono occupare. Parlando invece di RPS ci si può godere il dribbling calcistico di chi cerca appigli normativi e schivate vertiginose per lavarsene le mani.

Alla fine tutti perdono: le aziende, gli enti che nel nostro paese hanno tassi di produttività (e quindi di competitività) preoccupantemente bassi, ma soprattutto i lavoratori che si trovano a soffrire in maniera ampiamente non riconosciuta di contesti organizzativi tossici.

La gestione dei RSP

I datori di lavoro hanno la responsabilità legale di garantire una corretta valutazione e gestione dei rischi sul posto di lavoro. Coinvolgere i lavoratori in questo processo è essenziale per assicurare un'identificazione e una gestione più efficace dei rischi. I lavoratori e i loro rappresentanti, grazie alla loro conoscenza diretta delle problematiche del luogo di lavoro, sono determinanti per avere successo nella prevenzione dei rischi psicosociali.

È importante distinguere tra varie fasi: la valutazione, l'intervento (individuale o collettivo) e le possibili conseguenze (individuali, anche clinicamente rilevanti, ed organizzative).

La valutazione dei rischi psicosociali richiede un impegno significativo da parte dell'azienda e il coinvolgimento attivo dei lavoratori. In assenza di una vera e concreta motivazione da parte datoriale e di un'adeguata partecipazione dei lavoratori, sarà molto improbabile che la valutazione risulti efficace e realistica. È fondamentale utilizzare strumenti sia qualitativi che quantitativi per ottenere una visione completa dei potenziali rischi. Un piano di valutazione efficace deve includere l'analisi di eventi sentinella, come incidenti o segnali di allarme, e considerare fattori specifici come il carico di lavoro, le condizioni di lavoro, l'uso del lavoro agile e lo stress tecnologico. L'iter da seguire dovrebbe riguardare i seguenti step:

1. Mappatura
2. Definizione dei gruppi omogenei
3. Individuazione metodi e strumenti di valutazione
4. Piano di comunicazione ed eventuale formazione del personale coinvolto

5. Piano di valutazione del rischio
6. Individuazione delle misure correttive – implementazione - rivalutazione
7. Piano di monitoraggio

Per mitigare i rischi psicosociali, è necessario implementare interventi sia **collettivi** che **individuali**. La sensibilizzazione della direzione aziendale è cruciale per promuovere una cultura della sicurezza. I lavoratori devono essere coinvolti direttamente nella gestione dei rischi, attraverso la valutazione e la proposta di soluzioni. Le misure correttive possono incidere sul carico di lavoro, sull'aumento dell'autonomia dei dipendenti, sul miglioramento delle ricompense, sul rafforzamento della comunità lavorativa e l'adozione di politiche di giustizia organizzativa. Si tratta chiaramente di esempi, ma ciò che dovrebbe essere chiaro è che persone diverse, operanti in diversi contesti ambientali ed organizzativi, sono esposti a RPS specifici, ne consegue che le azioni correttive dovrebbero essere mirate alla rimozione dei fattori di rischio, alla prevenzione collettiva ed eventualmente alla protezione o al supporto individuale.

Tipicamente, si intendono come misure di prevenzione collettiva² quelle azioni che intervengono sul miglioramento dell'interfaccia dei lavoratori con l'organizzazione attraverso misure di diversa natura:

- **Tecnica:** potenziamento degli automatismi tecnologici
- **Procedurale:** definizione delle procedure di lavoro

2 Fonte: Campagna europea contro lo SLC, opuscolo informativo del progetto CCM 2013 – INAIL Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro.

- **Organizzativa** (riferita all'attività lavorativa): orario sostenibile, alternanza di mansioni nei limiti di legge e contratti, riprogrammazione delle attività
- **Organizzativa/ergonomica:** design ergonomico del lavoro, dell'ambiente fisico e dei processi di lavoro
- **Revisione della politica interna:** azioni di miglioramento della comunicazione interna, della gestione e delle relazioni

Le conseguenze

Tra le conseguenze di un'esposizione prolungata ai RPS, troviamo spesso il **burnout** (di seguito nel testo BO), ma in una logica di causazione circolare, lavorare con persone in BO può rappresentare a sua volta un rischio. Il BO è stato riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come un **fenomeno occupazionale** nella classificazione ICD-11. Malgrado le evidenti somiglianze, non è ancora classificato come una vera e propria patologia. Esso è descritto come una sindrome risultante da stress cronico sul lavoro che non è stato gestito con successo. Il burnout si manifesta attraverso tre dimensioni principali:

1. **Esaurimento emotivo:** i lavoratori si sentono svuotati emotivamente e privi di energia
 2. **Disaffezione lavorativa:** vi è un distanziamento mentale dal proprio lavoro, accompagnato da sentimenti di negativismo o cinismo
 3. **Riduzione dell'efficacia professionale:** i dipendenti si sentono inefficaci e mancano di realizzazione professionale
- Le cause del burnout possono essere molteplici, tra cui un carico di lavoro eccessivo, mancanza di controllo sui propri compiti, ricompense insufficienti, rottura

della comunità lavorativa, percezione di ingiustizia e conflitti di valori tra il dipendente e l'organizzazione. L'elemento comune è l'esaurimento delle proprie energie e capacità di adattamento.

I sintomi del burnout sono vari e possono includere, ad esempio, stanchezza cronica, disturbi del sonno, problemi gastrointestinali, irritabilità, ansia, depressione e isolamento. Questi sintomi non solo influiscono sulla vita lavorativa, ma compromettono anche la sfera personale dei lavoratori.

Il **Disturbo da stress post traumatico** e del **Disturbo dell'adattamento cronico** sono invece le patologie "ufficiali". Con il termine "ufficiali", dire che sono le uniche due psicopatologie riportate nella "lista 2 – gruppo 7" del Decreto del Ministero del Lavoro del 2014. Sono quindi le uni-





che ammissibili ai fini medico legali per il riconoscimento di un nesso di causalità legato alle "Disfunzioni dell'organizzazione del lavoro", come conseguenza cioè di un elenco di criticità denominate "costrittività organizzative". Il Disturbo dell'Adattamento (DDA) è una reazione emotiva o comportamentale anomala e prolungata a fattori di stress specifici legati al contesto lavorativo, come cambiamenti significativi, pressioni e conflitti. Questo disturbo causa disagio marcato e una compromissione del funzionamento sociale e lavorativo. I sintomi possono includere, tra gli altri, ansia, depressione, alterazioni della condotta. Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) può svilupparsi dopo l'esposizione a eventi traumatici gravi o minacciosi, anche microtraumi, reiterati nel tempo (come nel caso del Mobbing). I sintomi possono includere il rivivere i traumi, l'evitamento degli stimoli associati, alterazioni negative di pensieri e umore, e aumento dell'*arousal* (stato di attivazione neurofisiologico).

Queste due patologie sono riconosciute come patologie professionali e indicano che l'ambiente di lavoro e le esperienze traumatiche legate al contesto lavorativo possono avere un impatto significativo sulla salute mentale dei lavoratori.

In generale i dati sulle conseguenze sono allarmanti, si riportano solo a titolo infor-

mativo, alcuni numeri, tra i molteplici di una ricchissima letteratura:

Secondo varie indagini, la prevalenza del burnout è allarmante. Nel settore sanitario, fino al 50% dei professionisti può sperimentare burnout, mentre tra gli insegnanti le stime variano tra il 30% e il 40%. Nel settore delle tecnologie dell'informazione, infine, i tassi di burnout possono raggiungere il 60%³.

3 Fonti divise per settore

SETTORE SANITARIO

• Studio sul burnout tra i medici:

- Pubblicato nel *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 2018, Volume 320, Numero 11.
- Il 50% dei medici statunitensi ha riportato sintomi di burnout.
- **Riferimento:** Shanafelt, T. D., et al. "Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014." *JAMA*, vol. 320, no. 11, 2018, pp. 1131-1150. DOI:10.1001/jama.2018.12777.

SETTORE DELL'ISTRUZIONE

• Rapporto sulla prevalenza del burnout tra gli insegnanti:

- Pubblicato dalla *National Education Association (NEA)*, 2017.
- Stima che tra il 30% e il 40% degli insegnanti sperimenti livelli elevati di stress e burnout.
- **Riferimento:** "Educator Quality of Work Life Survey." NEA, 2017.

• Indagine dell'European Trade Union Committee for Education (ETUCE):

- Rapporto del 2018.
- Ha evidenziato che una percentuale significativa di insegnanti europei soffre di burnout, con cifre tra il 25% e il 35%.
- **Riferimento:** "ETUCE Survey on the Impact of the Economic Crisis on Education Personnel in Europe." ETUCE, 2018.

SETTORE DELLE TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE

• Studio sul burnout nel settore IT:

- Pubblicato nel *Journal of Occupational*

Anche la recente indagine europea OSH Pulse 2022 riporta elementi interessanti. Si tratta di un vasto studio condotto dall'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) per valutare lo stato di salute e sicurezza sul lavoro nell'Unione Europea. L'indagine si concentra principalmente su vari aspetti della salute mentale e fisica dei lavoratori, nonché sulle condizioni di lavoro che possono influenzare il benessere e la sicurezza dei dipendenti ed ha coinvolto oltre 27000 lavoratori di tutti i paesi europei. Di seguito un'extrapolazione di alcuni dati:

- Pressione temporale: 48% dei lavoratori segnala una pressione costante per rispettare le scadenze
- Scarsa comunicazione: 30% indica problemi di comunicazione come un fattore di stress
- Mancanza di autonomia: 25% sente di non avere abbastanza controllo sul proprio lavoro
- Stanchezza: 52% dei lavoratori riferisce di sentirsi costantemente stanco
- Stress: 40% riporta livelli elevati di stress legato al lavoro

Health Psychology, 2019, Volume 24, Numero 4.

- I tassi di burnout nel settore IT possono raggiungere il 60%.

• **Riferimento:** Leiter, M. P., et al. "Burnout in Information Technology Professionals: Workload, Role Conflict, and Work-Life Balance." *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 24, no. 4, 2019, pp. 366-377. DOI:10.1037/ocp0000154.

• Indagine Stack Overflow:

- Rapporto del 2020.
- Indagine che ha indicato che fino al 60% dei professionisti IT riferisce sintomi di burnout.
- **Riferimento:** "Developer Survey Results." Stack Overflow, 2020.

- Ansia e depressione: 20% soffre di ansia, e 15% di depressione attribuibile al lavoro.

Le conseguenze avverse non si manifestano solamente a livello di salute individuale, ma anche sul piano aziendale⁴. Gli effetti seguenti sono elencati a titolo esemplificativo e non sono da intendersi come esaustivi, permettono però di comprendere il genere di conseguenze che ci si può aspettare:

- Incremento del tasso di errori, incidenti ed infortuni sul lavoro
- Scarso rendimento aziendale complessivo
- Aumento della percentuale di ferie non godute
- Incremento dell'assenteismo per malattia
- *Presenteismo* (lavoratori che, in caso di malattia, si presentano al lavoro pur non essendo in grado di adempiere ai propri compiti in maniera efficace)
- Elevato turnover
- Aumento dei provvedimenti disciplinari e/o dei contenziosi legali
- Difficoltà relazionali e/o elevata conflittualità all'interno dell'azienda
- Scarso rispetto dei tempi di lavorazione
- Prestazioni lavorative insufficienti

In conclusione

Per prevenire e gestire le conseguenze disagevoli, anche clinicamente rilevanti, è essenziale adottare un approccio in-

4 Fonte: Campagna europea contro lo SLC, opuscolo informativo del progetto CCM 2013 – INAIL Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro.

tegrato che coinvolga **sia interventi a livello organizzativo che individuale**. È importante smettere di rivestire di alibi il tema dei RPS e le loro conseguenze, tra questi si dovrebbe superare la retorica che li dipinge ancora come una novità, ma anche il timore irrazionale che siano qualcosa di intangibile ed inafferrabile, trincerandosi dietro il mantra che “sono ben altre le priorità”. Non è così! I RPS sono una priorità per la salute dei lavoratori e portano ad una vasta e studiata pletora di conseguenze sistemiche alle quali finiamo tutti per pagare un conto. Non posso che rilevare un aumento della consapevolezza, ma lamento con forza la staticità del sistema istituzionale che adopera le migliori energie per rendere difficile e tortuosa l'emersione e quindi il

contrasto del fenomeno. Ma tutto questo è ineluttabile? È un destino al quale siamo tristemente condannati? No, non lo è! Si osservano infatti, ogni giorno di più, aziende che comprendono l'importanza della risorsa più preziosa: quella umana e, per questo, dedicano energie e risorse alla sua cura. Sono infatti frequenti interventi quali la riduzione della settimana lavorativa a salario invariato, interventi di welfare e wellbeing aziendale, implementazione di servizi interni di supporto psicologico, ecc... Queste aziende non sono un esempio di umanità illuminata, non sono perle rare. Si tratta di aziende che tengono a mantenere la propria competitività, ad incrementare la propria produttività e, in sintesi, a vincere la sfida di un mercato sempre più aggressivo.



Questionario sui bisogni formativi LGBT-NB e violenza di genere

A cura del Gruppo di Lavoro Psicologia di genere¹

Claudia Capucci, psicologa - psicoterapeuta

Valentina Conte, psicologa

Barbara D'Amen², ricercatrice, PhD

ISTAT-Istituto Nazionale di Statistica-Direzione Centrale per la Raccolta Dati - Roma

Laura Di Teodoro, psicologa - psicoterapeuta

Cristiana Lacerra, psicologa - psicoterapeuta

Silvia Morresi, psicologa - psicoterapeuta

Serena Peroni, psicologa - psicoterapeuta

Gianmarco Pulcini, psicologo - psicoterapeuta

Deborah Tamanti, psicologa - psicoterapeuta

REPORT

Alla fine del 2022 il Gruppo di Lavoro di Psicologia di Genere dell'Ordine delle Psicologhe e degli Psicologi della Regione Marche ha proposto alla comunità professionale la compilazione di un questionario anonimo³ composto di due sezioni: una inerente il lavoro psicologico con persone ad

orientamento sessuale LGBT e con identità di genere non binaria, l'altra relativa al lavoro con donne vittime di violenza di genere. L'indagine proposta è frutto di un percorso di riflessione e di scambio all'interno del gruppo di Lavoro avviatosi durante la prima ondata di Covid e proseguito fino ad oggi senza mai interrompersi.

Le finalità del questionario sono state quelle di rilevare conoscenze e competenze delle psicologhe/i delle Marche sulle tematiche oggetto di studio e il numero di professioniste/i che lavora nei settori individuati, sondare eventuali difficoltà riscontrate nel lavoro sul campo, delineare lo stato dell'arte della formazione specifica di settore e, infine, mettere a fuoco l'eventuale bisogno formativo in modo da poter lavorare per offrire occasioni di approfondimento il più possibile utili a livello concreto.

¹ Referente Dott.ssa Simona Lupini, psicologa - psicoterapeuta, Consigliera dell'Ordine delle Psicologhe e degli Psicologi delle Marche.

² Quanto riportato nell'articolo riflette l'opinione e il lavoro dell'autrice ma non necessariamente dell'istituzione in cui lavora.

³ Il questionario completo è composto da 61 domande. L'articolo descrive i primi risultati dell'indagine desunti dalle domande ritenute maggiormente utili in termini di individuazione dei bisogni formativi.

Occupandoci di una tematica complessa come quella inerente al genere e agli orientamenti affettivi siamo consapevoli che essi toccano piani identitari profondi: corporeo, emozionale e relazionale. Pensiamo anche che il lungo e articolato percorso degli studi scientifici, i vari orientamenti terapeutici, i fenomeni culturali e il mutare da essi atteggiamenti, definizioni e rappresentazioni di sé si intreccino e ognuno di noi, come professionista, è parte dello stesso sistema culturale e sociale in cui le definizioni di genere maturano e mutano. Ciò ci ha fatto riflettere ulteriormente su quanto sia indispensabile portare a consapevolezza i filtri percettivi attraverso i quali ci rappresentiamo e come essi entrino nella relazione con pazienti.

Abbiamo ritenuto opportuno affrontare nel questionario sia la tematica LGBT-NB che la violenza di genere, in quanto pensiamo che entrambe le tematiche siano fortemente condizionate dalle definizioni di origine sociale e culturale e che la violenza a cui sia le persone LGBT-NB che le donne sono soggette, origini da percezioni e stereotipi che regolano il rapporto tra sessi.

I RISPONDENTI

Sono 360 le colleghe e i colleghi, su un totale di circa 2800, che hanno risposto al questionario (TAB. 1 - TAB. 2, GRAFICO 1), di cui:

- il 56% ha conseguito la laurea magistrale, mentre il 43% la laurea quinquennale v.o.;
- il 53% svolge la professione da non più di 10 anni, tra questi il 64% non supera i 5 anni di attività della professione;
- il 63% lavora negli studi privati.

Tipologia di laurea	V.A.	%
Laurea Magistrale /specialistica in psicologia	202	56%
Laurea quinquennale in psicologia (v.o.)	153	43%
Laurea quadriennale in psicologia (v.o.)	2	1%
Laurea in Pedagogia	1	0%
Laurea in Sociologia abilitazione alla Psicologia	1	0%
Laurea triennale in psicologia	1	0%
Totale	360	100%

TAB. 1

Anni di svolgimento della professione

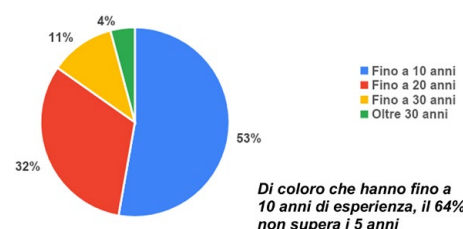


Grafico 1

Contesto professionale	V.A.	%
Studio professionale/libera professione	225	63%
Associazioni e/o enti del terzo settore, comuni	85	24%
Asur/Sanità	23	6%
Scuola/Università	13	4%
Altro	7	2%
Inattive/i	7	2%
Totale	360	100%

TAB. 2

CONOSCENZE COMPETENZE

Dall'analisi dei dati emerge che:

- il 68% riferisce di non aver fatto percorsi formativi specifici in ambito LGBT-NB (TAB. 3)
- il 39% non ha conseguito alcuna formazione in merito alla violenza di genere. (TAB. 4)

Percorsi formativi lgbt-nb	V.A.	%
No	245	68%
Sì, in entrambi i temi	82	23%
Sì, solo in riferimento all'identità di genere	22	6%
Sì, solo in riferimento all'orientamento sessuale	11	3%
Totale	360	100%

TAB. 3

Percorsi formativi violenza di genere	V.A.	%
No	141	39%
Sì	150	42%
Sì, ma solo in riferimento a coppie eterosessuali	69	19%
Totale	360	100%

TAB. 4

Se si considera il fatto che la maggior parte di colleghe/i che hanno dimostrato interesse per il questionario non supera i 10 anni di attività, il dato che emerge è che le questioni lgbt-nb e la violenza di genere siano ancora trattate poco e in modo molto disomogeneo in ambienti universitari e post. Questo tipo di formazione resta ancora a discrezione dell'interesse personale.

In entrambi gli ambiti chi si è formato lo ha fatto quasi esclusivamente tramite corsi ecm, seminari, webinar e autoformazione.

È stato altresì chiesto a colleghe/i se negli ultimi 4 anni abbiano svolto qualche tipo di formazione riguardante gli ambiti della ricerca: è emerso che l'82% del totale dei rispondenti non ha svolto né formazioni, né aggiornamenti in ambito lgbt-nb.

Per quanto riguarda la violenza di genere, invece, il divario si restringe e ammonta al 56% la percentuale di colleghe/i che non ha svolto formazione negli ultimi 4 anni.

Per quanto concerne la conoscenza di strumenti valutativi, il 74% dichiara di

non conoscere strumenti per diagnosi di disforia di genere e il 56% afferma di non essere a conoscenza di strumenti valutativi per la violenza di genere.

Ciononostante la grande maggioranza (61% lgbt-nb, 71% violenza di genere) ritiene assolutamente opportuna una formazione specifica in entrambi gli ambiti (TAB. 5, TAB. 6).

Ritiene opportuna una formazione specifica lgbt-nb per approcciarsi a un pz?	V.A.	%
Absolutamente sì	218	61%
No	4	1%
No, perché non credo ci siano ancora studi scientifici sufficientemente validati	1	0%
Non è necessaria, ma è comunque utile	129	36%
Non occorre una formazione specifica, l'orientamento sessuale o l'identità di genere non sono determinanti ai fini di una terapia	8	2%
Totale	360	100%

TAB. 5

Necessità di formazione specifica per approcciarsi a una paziente che subisce/ha subito violenza di genere-	V.A.	%
Absolutamente sì	256	71%
No	2	1%
Non è necessaria, ma è comunque utile	93	26%
Non occorre una formazione specifica perché è un fenomeno comprensibile attraverso qualsiasi orientamento teorico di riferimento	9	3%
Totale	360	100%

TAB. 6

Il 61 % ritiene necessaria una formazione specifica lgbt-nb, il 36% utile seppur non necessaria. (TAB. 5)

Il 71% ritiene necessario conseguire una formazione specifica per approcciarsi ad una paziente vittima di violenza di genere e il 26% crede che una formazione

specifica, seppur ritenuta non necessaria, sia utile (TAB. 6)

La stragrande maggioranza (94% complessivo sul totale dei rispondenti) ritiene utile la presenza di un gruppo di esperti in violenza di genere e questioni lgbt-nb all'interno dell'Ordine (TAB. 7, 8).

Quanto ritiene utile la presenza di un gruppo di esperti LGBT-NB all'interno dell'Ordine?	V.A.	%
Indispensabile	90	25%
Molto	151	42%
Abbastanza	96	27%
Poco	18	5%
Per nulla	5	1%
Totale	360	100%

TAB. 7

Quanto ritiene utile la presenza di un gruppo di esperti/e in violenza di genere all'interno dell'Ordine?	V.A.	%
Indispensabile	97	27%
Molto	150	42%
Abbastanza	97	27%
Poco	12	3%
Per nulla	4	1%
Totale	360	100%

TAB. 8

Solo il 32% complessivo riferisce di aver utilizzato "moltissimo" o "molto" le competenze acquisite nei corsi frequentati. Verrebbe da chiedersi quanto queste percentuali siano influenzate dalla difficoltà nel trovare occasioni formative valide, o se invece sia dovuta ad una mancata intercettazione e/o riconoscimento del fenomeno durante il lavoro con le pazienti. Più della metà dei rispondenti ha utilizzato poco o per nulla le competenze acquisite grazie a corsi di formazione lgbt (GRAFICO 2).

Anche in questo caso occorrerebbe capi-

re se il fenomeno sia dovuto ai contenuti della formazione, a difficoltà del/la professionista o al fatto che la maggioranza sostiene di non occuparsi di persone lgbt, in particolare il 44% solo in maniera marginale (TAB. 10).

Ha utilizzato le competenze/conoscenze sviluppate nei corsi di formazione/aggiornamento sulla violenza di genere nella sua attività?	V.A.	%
Moltissimo	21	9%
Molto	53	23%
Abbastanza	74	32%
Poco	56	24%
Per nulla	28	12%
Totale	232	100%

TAB. 9

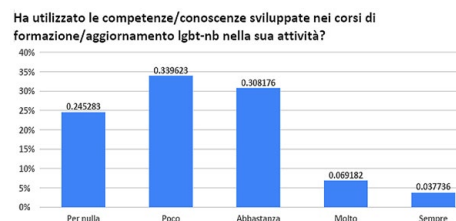


Grafico 2

Percentuale attività professionale dedicata lgbt-nb	V.A.	%
Mi occupo esclusivamente di questo	0	0%
Mi occupo prevalentemente di questo	4	1%
Non mi occupo di pazienti/ non opero in contesti lgbt-nb	158	44%
Una percentuale minima e/o comunque limitata a singoli pazienti e /o richieste specifiche da parte di enti	198	55%
Totale	360	100%

TAB. 10

DIFFICOLTÀ

Abbiamo chiesto a colleghe/i che hanno già avuto esperienze terapeutiche con pazienti oggetto della ricerca quali fos-

sero le difficoltà che hanno incontrato maggiormente (TAB. 11, 12, 14). I risultati vedono con percentuali simili assenza di una rete di servizi e mancanza di formazione specifica. Il 17 % sottolinea anche la mancanza di riferimenti relazionali/culturali e di contesto utili a leggere determinate realtà. Una percentuale del 22% sostiene di non aver incontrato specifiche difficoltà.

In caso di presa in carico di un/una paziente lgbt-nb, quali difficoltà ha incontrato?	Val Ass	%
Assenza di una rete di servizi per affrontare la tematica	75	27%
Mancanza di formazione specifica sulla tematica	71	25%
Non ho incontrato specifiche difficoltà	63	22%
Mancanza di riferimenti relazionali/culturali/di contesto utili a leggere determinate realtà	48	17%
Difficoltà a portare avanti un percorso continuativo	24	9%
Totale complessivo	281	100%

TAB. 11

Per quanto concerne le difficoltà di presa in carico esclusivamente di pazienti con disforia di genere (TAB. 12), le problematiche segnalate sono state le seguenti (in ordine di frequenza crescente)



- Scarsa/mancata conoscenza di una rete di servizi preposta al trattamento di determinate problematiche;
- Presenza di comorbidità con disturbi di personalità/umore ecc...
- Diagnosi di pazienti minorenni (età evolutiva)
- Difficoltà nella presa in carico dei familiari;
- Diagnosi differenziale

Difficoltà maggiore con pazienti con disforia di genere	Freq. risposte
Scarsa/mancata conoscenza di una rete di servizi preposta al trattamento di determinate problematiche	137
Presenza di comorbidità con disturbi di personalità/umore ecc...	110
Diagnosi di pazienti minorenni	105
Difficoltà nella presa in carico dei familiari	55
Diagnosi differenziale	31
Totale	438

TAB. 12

La maggior parte ha segnalato insieme tutte le 3 prime opzioni (scarsa/mancata conoscenza di una rete di servizi, presenza di comorbidità con disturbi della personalità, umore, ecc, diagnosi pazienti minorenni). Circa la metà di chi ha segnalato le prime tre ha aggiunto anche la quarta (difficoltà nella presa in carico dei familiari). Molto minori, invece, le percentuali di chi ha segnalato una singola criticità.

Quando si chiede la capacità di riconoscere la violenza di genere come fenomeno strutturato, il 42% dice di essere riuscito anche se talvolta è stato difficile specialmente quando sono più sottili e non ci sono segni di maltrattamento fisico e/o abuso sessuale. Una percentuale complessiva del 18% sostiene di avere difficoltà a distinguere la violenza

psicologica dalla conflittualità di coppia (12%), mentre il 6% riferisce difficoltà nel discriminare un abuso sessuale da un comportamento sessuale “particolare” (TAB. 13).

Per quanto riguarda la violenza di genere il dato della difficoltà a riconoscerla si ripropone accompagnato con quello relativo all'individuazione di una rete di servizi.

Molto significativi i riferimenti anche a difficoltà più specificatamente legate alla soggettività del/la professionista, come sapere che la paziente mantiene una relazione col maltrattante e la gestione del contro-transfert, criticità che confermano quanto la questione della violenza abbia un impatto molto forte su terapeuta/i, probabilmente anche in virtù della percezione del pericolo che le vittime corrono. Anche in questo caso la maggior parte di colleghe/i ha indicato più risposte mentre sono sensibilmente minori le percentuali di chi ha scelto una sola risposta (TAB. 14).

Capacità di riconoscere la violenza di genere come fenomeno strutturato sociale e culturale con ricadute nella personalità e nelle scelte della paziente.	V.A.	%
No	6	1%
Noto di avere difficoltà a riconoscere la presenza di violenza psicologica poiché facilmente confondibile con una dinamica conflittuale di coppia	43	12%
Sì	140	39%
Sì, anche se talvolta è stato difficile riconoscere i vari tipi di violenza, specialmente quando sono più sottili e non ci sono segni di maltrattamento fisico e/o abuso sessuale	151	42%
Sì, anche se talvolta è stato difficile riconoscere l'abuso sessuale da un comportamento sessuale “particolare” all'interno di una relazione di coppia	20	6%
Totale	360	100%

TAB. 13

In relazione a pazienti che secondo lei subiscono/hanno subito violenza di genere, qual è la difficoltà maggiore che incontra?	V.A.	%
Individuare altri servizi con cui lavorare in rete	164	26%
Sapere che la paziente continua la storia con il maltrattante durante la terapia	157	25%
Difficoltà a gestire il contro transfert	109	18%
Riconoscere la violenza	103	17%
Difficoltà a riconoscere una modalità di pensiero misogino interiorizzato	44	7%
Paura di essere bersaglio del maltrattante	43	7%
Totale	620	100%

TAB. 14

La TAB. 15 indica diversi punti di criticità su cui lavorare: sembra che persistano ancora dei pregiudizi verso la vittima che è ritenuta tale perché è dipendente (29%) o perché istiga alla violenza (4%). Se guardiamo questi dati e quelli delle tabelle immediatamente precedenti, appare evidente come la complessità del fenomeno e la percezione soggettiva possano rendere ancora difficile discernere tra vittima e carnefice.

Quali pensa possano essere le cause della violenza di genere?	V.A.	%
Patologia psicologica del maltrattante	223	31%
Dipendenza affettiva della vittima	210	29%
È un fenomeno socio-culturale	179	25%
Comportamenti provocatori che istigano alla violenza	32	4%
Conflittualità di coppia	7	1%
Altro	73	10%
Totale	724	100%

TAB. 15

La difficoltà di colleghe/i nel riconoscere la violenza quando non è agita fisicamente ma è psicologica e passa attraverso gesti, microaggressioni verbali, forme

di discriminazione sottile, atteggiamenti passivo-aggressivi sembra essere confermata confrontando le risposte presentate nella TAB. 16 e nella TAB. 17. Le risposte più frequenti (TAB. 17), infatti, fanno tutte riferimento alle conseguenze delle forme covert di violenza e discriminazione che sono alla base del minority stress.

Richieste di consulenza/terapia da parte di pazienti lgbt-nb vittime di violenza	V.A.	%
No	330	92%
Sì	24	7%
Mi è capitato, ma ho preferito inviare a colleghi che ritenevo maggiormente formati	6	2%
Totale	360	100%

TAB. 16

Bisogni rilevati nei pazienti LGBT in terapia	Freq. risposte
Difficoltà a fare coming out /Accettazione di sé	222
Timore di essere discriminati nei contesti lavorativi e/o sportivi	206
Difficoltà a mantenere rapporti equilibrati in famiglia	199
Difficoltà a definirsi in termini di identità di genere e/o orientamento sessuale	193
Nessuna difficoltà direttamente legata all'orientamento sessuale e/o di genere.	20
Altro	12
Totale	852

TAB. 17

PERCEZIONE DELL'INTERESSE IN AMBIENTI SCOLASTICI

Abbiamo chiesto alle colleghe e ai colleghi che lavorano nelle scuole qual è, a loro avviso, il livello di interesse che gli argomenti oggetto della ricerca suscitano in studentesse/i e nel personale scolastico. Tali domande sono da ritenersi puramente esplorative, in quanto non vi è al-

cun riferimento al grado delle scuole da cui provengono le osservazioni e si basano sulla soggettività dei/lle rispondenti. In generale (TAB. 18, 19) si può ipotizzare che studentesse/i mostrino uno spiccato interesse nei confronti sia di iniziative formative ed eventi specifici lgbt-nb (89% complessivo), sia di eventi inerenti alla violenza di genere (83% complessivo). D'altra parte si mostrano maggiormente inconsapevoli rispetto a ciò che riguarda la violenza di genere (38% complessivo). Una percentuale minima risulta essere inconsapevole in merito alle questioni lgbt-nb (26% complessivo di cui solo il 7% non risulterebbe interessato).

Per i colleghi che lavorano nelle scuole: qual è la percezione che ha della conoscenza e dell'interesse nei confronti delle tematiche relative alla violenza di genere da parte di studentesse/i?	V.A.	%
Sono consapevoli e interessati ad eventi specifici sul tema	54	58%
Sono inconsapevoli e interessati ad eventi specifici sul tema	23	25%
Sono inconsapevoli e non interessati ad eventi specifici sul tema	12	13%
Sono consapevoli e non interessati ad eventi specifici sul tema	4	4%
Totale	93	100%

TAB. 18

Per i colleghi che lavorano nelle scuole: qual è la percezione che ha della conoscenza e dell'interesse nei confronti delle persone e delle tematiche lgbt-nb da parte di studentesse/i?	V.A.	%
Sono consapevoli e interessati ad eventi specifici sul tema	63	70%
Sono consapevoli e non interessati ad eventi specifici sul tema	4	4%
Sono inconsapevoli e interessati ad eventi specifici sul tema	17	19%
Sono inconsapevoli e non interessati ad eventi specifici sul tema	6	7%
Totale	90	100%

TAB. 19



La situazione appare parzialmente diversa rispetto alla percezione dell'interesse del personale scolastico: infatti, mentre una larga maggioranza appare interessata a formazione ed eventi sulla violenza di genere (82% complessivo), per quanto riguarda le questioni lgbt-nb le percentuali risultano meno nette. Infatti, solo un 53% complessivo sembrerebbe interessato, a fronte di un 47% che sembrerebbe non interessato. Colpisce il dato riguardante l'inconsapevolezza da parte del personale docente in merito alla dimensione lgbt-nb (55% complessivo), se messo a confronto con quella di studentesse/i (TAB. 20, 21).

Per i colleghi che lavorano nelle scuole: qual è la percezione che ha della conoscenza e dell'interesse nei confronti delle persone e delle tematiche lgbt-nb da parte della scuola stessa (insegnanti, preside, ...)?	V.A.	%
Sono consapevoli e interessati ad eventi specifici sul tema	28	32%
Sono consapevoli e non interessati ad eventi specifici sul tema	11	13%
Sono inconsapevoli e interessati ad eventi specifici sul tema	18	21%
Sono inconsapevoli e non interessati ad eventi specifici sul tema	29	34%
Totale	86	100%

TAB. 20

Per i colleghi che lavorano nelle scuole: qual è la percezione che ha della conoscenza e dell'interesse nei confronti delle tematiche relative alla violenza di genere da parte della scuola stessa (insegnanti, preside, ...)?	V.A.	%
Sono consapevoli e interessati ad eventi specifici sul tema	60	70%
Sono inconsapevoli e interessati ad eventi specifici sul tema	10	12%
Sono consapevoli e non interessati ad eventi specifici sul tema	8	9%
Sono inconsapevoli e non interessati ad eventi specifici sul tema	8	9%
Totale	86	100%

TAB. 21

Questi dati appaiono interessanti soprattutto se messi a confronto con una ricerca che colleghe/i del gruppo di lavoro di sessuologia hanno svolto nel 2016 in merito all'insegnamento dell'educazione sessuale nella scuola (Psicoln, anno XII, num. 1, Dicembre). Sebbene il numero di coloro che hanno risposto fosse ritenuto da loro stesse/i non rappresentativo della popolazione italiana, tuttavia la ricerca metteva in evidenza il riconoscimento della potenzialità del contesto scolastico come principale promotore di una cultura del benessere relazionale e come veicolo della diffusione di valori quali il rispetto nelle relazioni affettive e dell'identità sessuale (in particolare modo del genere e dell'orientamento sessuale).

Psicologia del territorio

La figura dello Psicologo nei Servizi Territoriali tra pubblico e privato

A cura del Gruppo di Lavoro Psicologia e Territorio (anno 2020)

Marco Balestra, Pia Campanile, Giuliana Capannelli, Chiara Casali, Rossana Clementi, Elvis Craia, Grazia Maria De Rugeris, Francesca Fiorini, Marco Massacesi, Paolo Mengani, Antonella Mazzanti, Francesca Mira, Martina Mosca, Roberta Rossini, Francesca Tittarelli, Silvia Torretta

La professione di Psicologo può assumere grande varietà di forme a secondo del contesto in cui viene svolta, aspetto che rappresenta uno degli elementi di maggiore fascino e complessità, rischiando talvolta di rendere difficile l'integrazione tra colleghi che operano in settori differenti, specie qualora i contorni di tali ambiti non siano chiaramente definiti.

Un settore ampio e non ancora ben delineato è rappresentato dalla "psicologia del territorio", espressione con cui si intende l'insieme dei Servizi e dei professionisti che offrono prestazioni di prossimità agli utenti e alla comunità, che hanno come mission la vicinanza ai cittadini ed ai loro luoghi di vita, che spesso costituiscono il primo approdo e filtro per disagi di natura anche molto differente, che cercano di prevenire potenziali difficoltà con interventi precoci, infine che pongono in essere percorsi di cura caratterizzati da continuità spesso di lunga durata.

La psicologia del territorio, nell'ottica

perseguita con sempre maggiore incisività dalle normative che si sono susseguite negli anni (inclusa l'ultima ridefinizione dei LEA), si muove nell'ottica del benessere complessivo dell'individuo e della comunità (secondo le indicazioni dell'OMS), quindi non solamente sul piano dell'assenza di malattia o di condizioni problematiche.

Nel tempo si è compresa l'estrema importanza di una capillarità, prossimità e continuità delle cure, offerte mantenendo l'utente nel proprio ambiente familiare e sociale e lavorando su di esso ed anche grazie alla stessa rete in cui è inserito l'individuo.

La pandemia ha messo ancora più chiaramente e drammaticamente in luce la necessità e l'efficacia di un simile approccio, ma anche il bisogno che esso sia integrato con livelli di cura differenti e caratterizzato dalla multidimensionalità e multidisciplinarietà della gestione della situazione, in un'ottica necessaria-

mente ed imprescindibilmente di rete. Lo stesso Presidente del CNOP, in un'audizione presso la Commissione igiene e sanità del Senato relativa proprio al "potenziamento e riqualificazione dell'assistenza territoriale nell'epoca del Covid" (con particolare riferimento al SSN), ha evidenziato che *"il modello organizzativo individuato deve essere orientato, come modalità di intervento, alla pratica di una sanità di prossimità, vicina alla realtà dei cittadini, garantendo un'integrazione tra le diverse figure professionali"*.

Il Presidente Lazzari quindi ha avanzato la proposta di *"ottimizzare il contributo che la professione può dare ad un rinnovamento dell'assistenza territoriale"* ed esplicitato che *"l'assistenza psicologica territoriale si ritiene organizzata all'interno della più ampia assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale"*, sottolineando infine l'importanza della multiprofessionalità degli interventi (<https://www.senato.it>).

Quando si parla di psicologia del territorio vengono in mente i Servizi del SSN, che in effetti hanno tale mission primaria e sono caratterizzati in questa direzione; anche molti colleghi del settore privato operano in quest'area, a stretto contatto con i cittadini e nei loro contesti di vita (diversi Psicologi, inoltre, lavorano o hanno lavorato in entrambi i settori).

Se talvolta dall'esterno può essere percepita una qualche dicotomia "pubblico-privato", nel concreto i Servizi del SSN e i colleghi che lavorano per il privato operano spesso ed efficacemente in sinergia nella gestione di situazioni solitamente multiproblematiche. Ovviamente tale integrazione va ampliata, migliorata, declinata in modi sempre più funzionali ai bisogni degli utenti ed al lavoro dei colleghi, in senso qualitativo e quantitativo. Nella percezione del cittadino queste

contrapposizioni si giocano su alcuni luoghi comuni, generalmente articolati attorno all'idea che lo Psicologo che opera nel Servizio pubblico si attivi con minore tempestività ed incisività, o ancora che il suo intervento risenta eccessivamente delle dinamiche dell'Ente a cui risponde. Se lo zelo degli Psicologi del Servizio pubblico non è in discussione, alcuni aspetti farraginosi nella presa in carico possono essere effettivamente presenti e vanno primariamente attribuiti al notevolissimo aumento negli anni della domanda (basti pensare all'esplosione delle richieste della Magistratura) ed alla corrispondente carenza di personale, ampliata nel tempo a causa del taglio degli investimenti sulla sanità, alla mancata sostituzione dei pensionamenti, ad un eccessivo ricorso a forme di lavoro precario (segnali della scarsa valorizzazione nelle politiche istituzionali del ruolo dello Psicologo).

L'emergenza sanitaria ha invece messo in evidenza come l'investimento sulla sanità pubblica territoriale e sulle forme di integrazione pubblico-privato rappresenti l'arma vincente per un maggiore e più efficace sostegno alle persone e alle famiglie in difficoltà; pertanto si dovrebbe investire sempre di più su tale integrazione e sull'aspetto della cura, troppo spesso messo in secondo piano rispetto ad un ruolo di controllo, importante ma certamente non centrale né prioritario.

Appare fondamentale che lo Psicologo che opera sul territorio, in particolare laddove sia presente un mandato istituzionale forte (ad esempio da parte dell'Autorità Giudiziaria), mantenga salda la propria mission primaria di cura delle persone, coniugandola con un aspetto di controllo che, in ogni caso, anche quando appare necessario non è mai fine a sé stesso.

È ormai evidente come sia imprescindibile



bile una maggiore e più oculata attenzione alle politiche del territorio, che nella nostra professione implica un impegno specifico alla questione dell'interprofessionalità-interistituzionalità e dell'interazione-integrazione tra pubblico e privato.

La tipologia dell'utenza che chiede una presa in cura sul territorio, la cui domanda va definita in termini anche socio-ambientali e non solo psicologici o psicopatologici, necessita di una risposta complessa, integrata e multidisciplinare, nel cui contesto lo Psicologo può rappresentare il punto di snodo. Questa esigenza si osserva soprattutto nelle aree di confine, dove figure professionali diverse appartenenti al pubblico ed al privato cooperano per far fronte alle difficoltà dell'utenza.

Nella maggior parte di tali situazioni di criticità non può esserci un intervento efficace che non veda coinvolto il Servizio pubblico insieme a realtà private (Associazioni, Cooperative, volontariato, ecc.): il SSN spesso non ha la possibilità di garantire determinate tipologie e modalità di intervento, così come il privato

faticherebbe a gestire condizioni così complesse senza la presenza del contenitore istituzionale rappresentato dalla sanità pubblica.

PSICOLOGIA DEL TERRITORIO E CURA DELL'UTENTE

Da diversi anni si sta assistendo all'aumento progressivo del numero e della complessità, se non gravità, di situazioni individuali, familiari e sociali di fragilità: il crescente disagio psichico di adulti e ragazzi (spesso con connotati psichiatrici); le carenze di cura dei minori in seno alle famiglie, che spesso sfocia in rischio di pregiudizio se non mancanza di tutela, talvolta con comportamenti gravi o disfunzionali; l'aumento della violenza di genere e di una cultura della discriminazione, molte volte tradotta in agiti violenti; l'utilizzo di sostanze psicotrope da parte di soggetti adulti e minorenni; il moltiplicarsi di situazioni di sofferenza in pazienti anziani, in molti casi anche malati; le situazioni di disabilità più o meno grave, transitorie o meno, di minori e

maggioresi; la condizione di povertà di italiani e immigrati e gli aspetti di trauma o disagio di questi ultimi; la stessa emergenza covid e le sue ricadute sulla salute degli individui e delle famiglie.

Tutti questi fattori determinano un massiccio aumento della quantità e della complessità delle esigenze e delle risposte su vari piani, spesso interrelati o comunque la cui efficacia aumenta con l'adozione di un'ottica multidisciplinare di rete; per quanto riguarda la nostra professione, tutto ciò si deve tradurre in

terapie), vista l'esiguità degli investimenti stessi in tale direzione.

Da ciò deriva un circolo vizioso per cui pian piano gli Psicologi del Servizio pubblico rischiano di trovarsi ad effettuare interventi perlopiù di natura certificativa, orientati al controllo e/o alla diagnosi fine a sé stessa, in cui l'aspetto della cura appare secondario e scisso.

Tale aspetto si osserva in particolare nel contesto dei casi inviati dalle Autorità Giudiziarie, soprattutto nella tutela minorile, nei quali viene richiesta la valutazione dei genitori e/o degli stessi minori, intervento spesso sovente come mera fotografia che rischia di rimanere svincolata dal progetto volto a sanare le criticità, non assumendo dunque i connotati di dinamicità ed il senso evolutivo che dovrebbero caratterizzare queste prestazioni: dall'accertamento dell'abuso di sostanze alla valutazione delle capacità genitoriali, dalla qualificazione della natura

un cambiamento e ampliamento del sistema di prevenzione e di cura. Contemporaneamente, invece, negli ultimi anni si è assistito ad un netto e progressivo depauperamento delle risorse destinate alla cura psicologica, in particolare nel contesto del SSN, soprattutto con un'importante diminuzione del personale da un lato e dall'altro con un utilizzo degli Psicologi in maniera spesso impropria o riduttiva rispetto alle competenze specialistiche ed anche dell'autonomia professionale.

Una scelta limitativa è la tendenza ad investire sulla delega della cura al privato, poiché il pubblico non può ormai più permettersi di affrontare percorsi caratterizzati da intensità e durata (es. psico-

del disagio psichico alla certificazione della condizione di difficoltà di minori relativamente agli aspetti scolastici.

Si tratta di prestazioni in cui il committente è diverso dal destinatario, essendo appunto rappresentato da un'Istituzione che impronta l'operato del professionista, rischiando di snaturarne o limitarne o condizionarne l'autonomia professionale e dunque i risultati che essa porta con sé in termine di potenziale di cura.

In questo contesto la primarietà dell'aspetto della cura appare messa implicitamente in discussione e si assiste allora ad una coartazione degli interventi di cura presso i Servizi pubblici, delegati dunque al settore privato.

In questo momento di profondo e com-

plesso cambiamento sarebbe invece fondamentale, per la nostra categoria e per gli utenti che assistiamo, riorganizzare percorsi sanitari che pongano al centro degli interventi la prevenzione e la cura della famiglia e della persona, uscendo dalla pressione di modelli che di fatto risultano di natura certificativa, in quanto richiedono valutazioni statiche e prescrivono trattamenti spesso non calati sulla specifica realtà.

Sarebbe dunque fondamentale avviare verso una procedura diagnostica che esplori le potenzialità degli individui e delle famiglie e che evidenzii spazi e risorse per curare e trattare il disagio individuale e familiare.

Il ruolo dello Psicologo nel territorio marchigiano dovrebbe dunque riqualificarsi e ricentrarsi sul trattamento, considerando la valutazione prevalentemente nell'accezione di "mezzo per curare" e non per etichettare, strumento per creare spazi di confronto volti al cambiamento, al miglioramento della salute psicologica personale e relazionale (peraltro lo stesso DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" indica la psicoterapia come una delle prestazioni facenti parte proprio dei L.E.A.) (<https://www.trovanorme.salute.gov.it>).

LA SPECIFICITÀ DELLO PSICOLOGO DEL SSN

Il compito di cura all'interno dei Servizi territoriali, in particolare da parte degli Psicologi del SSN, rimanda alla specificità del ruolo di questi ultimi, che appare dunque fondamentale delineare in quanto spesso noto in modo approssimativo. In particolar modo ciò che contraddistingue il collega del Servizio pubblico è lo

status di pubblico ufficiale, che lo vincola al rispetto di determinate normative che inevitabilmente influenzano il rapporto con gli utenti e di cui comunque è necessario tenere conto nel contesto della relazione di cura.

Ci si riferisce in primis all'obbligo di segnalare alle competenti Autorità Giudiziarie (le Procure) i reati perseguibili d'ufficio di cui lo Psicologo viene a conoscenza nello svolgimento delle proprie funzioni (inoltre l'obbligo di segnalazione, in base alla legge 149/2001, riguarda la condizione di "abbandono" di un minore, concetto che può intendersi anche come "abbandono morale", implicando una valutazione da parte del clinico che vada oltre il mero dato di realtà) (<https://www.normativa.it>).

I principali articoli del Codice Penale in base ai quali vengono sanzionate le violazioni ai suddetti obblighi di legge sono (<https://www.camera.it>):

- art. 361: "Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferire, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito [...]";
- art. 365: "Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a lire un milione. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale".

Tale obbligo di "referto" (termine presente anche nel Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, pur essendo un atto generalmente associato più che altro alla professione medica) sembrerebbe

riguardare tutti gli Psicologi, pubblici e privati, in ragione del loro comune ruolo sanitario, sancito dal decreto Lorenzin n. 3 del 2018 ("Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute") (<https://www.giustizia.it>).

L'ultimo passaggio dell'articolo 365 ("... non si applica quando ...") introduce un elemento di complessità ed in parte di discrezionalità, rispetto a ciò che può/deve/non può/non deve essere fatto, che appare difficile calare nel concreto delle situazioni che occorrono nella pratica clinica.

Se quindi lo Psicologo del SSN, in caso di reato perseguibile d'ufficio di cui è venuto a conoscenza nell'esercizio delle proprie funzioni, è comunque tenuto alla segnalazione in ragione perlomeno del suo status di pubblico ufficiale, il collega privato si trova di fronte ad una situazione e scelta meno chiare da definire.

Un altro importante connotato del lavoro

dello Psicologo nell'ambito del SSN riguarda la sua facoltà (non l'obbligo) di informare la Magistratura in merito a condizioni di pregiudizio o di rischio di pregiudizio di cui dovesse venire a conoscenza nell'ambito del suo operato e che riguardino un soggetto minore di età.

In alcuni casi la situazione di un minore in condizione di pregiudizio richiede palesemente l'intervento dell'Autorità Giudiziaria, per una sua condizione molto preoccupante e la contestuale impossibilità di collaborare fattivamente con il sistema familiare, perlomeno in assenza di un intervento in qualche misura vincolante della Magistratura, al fine di superare le problematiche in essere. In altri casi, invece, occorre effettuare valutazioni complesse e delicate, delineando da un lato quale e quanto significativa sia la condizione di disagio del minore e dall'altro quali possibilità vi siano di lavorare con i familiari per giungere ad un sostanziale miglioramento, anche in un contesto di libero accesso.

Spesso la stessa distinzione tra obbligato-

rietà e facoltà della segnalazione appare sfumata, necessitando di una riflessione che contempli in primis la nostra mission di aiuto e contestualmente la tutela ed i diritti delle altre persone interessate alla situazione, nonché gli obblighi di legge.

Dal punto di vista sia legale che etico, comunque, sono diverse le figure professionali ed anche i colleghi che hanno la facoltà o l'obbligo di segnalare determinate circostanze all'A.G., seppure nella prassi e nella percezione comune tali adempimenti vengano attribuiti perlopiù allo Psicologo del SSN.

Agli occhi dell'utente la consapevolezza che lo Psicologo del Servizio pubblico possa interessare la Magistratura rappresenta una variabile che influenza la richiesta di aiuto e limita la fiducia con cui ci si appropria al professionista, cosa che paradossalmente diminuisce la possibilità di aiutarlo. Per i colleghi del SSN i vincoli di cui sopra e più in generale il lavoro effettuato su mandato dell'A.G., in base al quale effettua un numero sempre crescente di prese in carico, vengono resi ancora più complessi dal confronto con il Codice Deontologico e dalla necessità di declinare i diversi aspetti normativi (<https://psy.it>).

Difatti, in primis, non è sempre facile coniugare l'obbligo di riferire all'Autorità Giudiziaria (inviante) con gli articoli del Codice numero 11 ("lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale") e 13 ("nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto").

Altro articolo che può assumere un'accezione particolare nel contesto pubblico è il numero 18 ("in ogni contesto professionale lo psicologo deve adoperarsi affinché

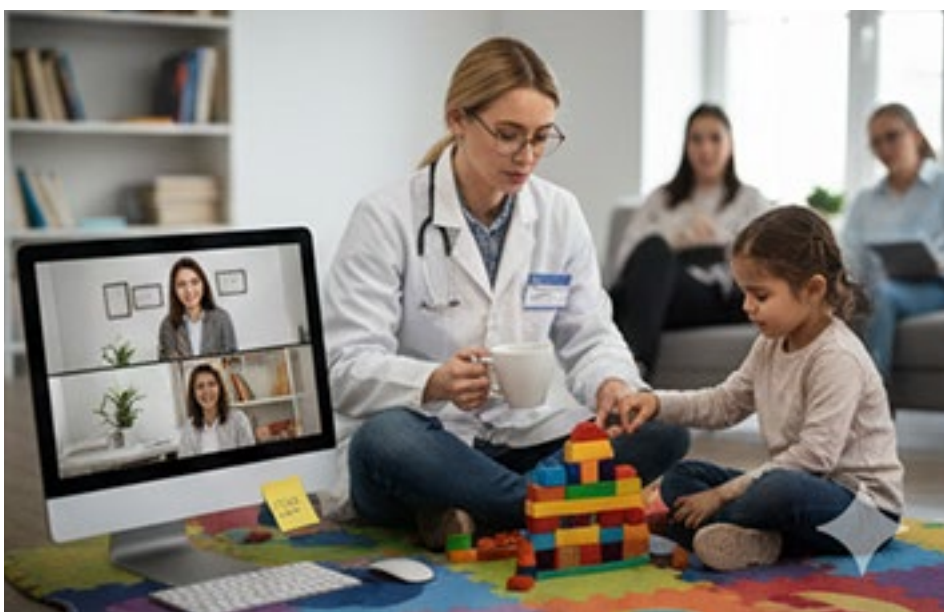
sia il più possibile rispettata la libertà di scelta, da parte del cliente e/o del paziente, del professionista a cui rivolgersi"), in quanto l'utenza che afferisce al Servizio, specie su mandato della Magistratura, non può scegliere il professionista che ritiene più adatto.

Allo stesso modo neanche lo Psicologo può operare una scelta in tal senso, che sarebbe utile per individuare il percorso e il professionista più indicati per rispondere ai peculiari bisogni di ogni specifico utente.

Anche l'art. 23 ("lo psicologo pattuisce nella fase iniziale del rapporto quanto attiene al compenso professionale") costituisce una particolarità nel setting del contesto pubblico di cui tenere conto, soprattutto nei termini della motivazione al trattamento, in quanto molti degli interventi psicologici all'interno del SSN sono gratuiti (certamente tutti quelli effettuati su mandato dell'A.G.).

Vi sono altri articoli del Codice Deontologico la cui declinazione evidenzia delle specificità nel contesto pubblico rispetto al privato, in particolare laddove vi sia una presa in carico disposta dalla Magistratura, che di fatto costituisce un vincolo tanto per il professionista quanto per l'utente (seppure l'art. 32 della nostra Costituzione sancisca che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge") (<https://www.altalex.com/documents/codici-altalex/2013/12/19/constitutio-ne-italiana>):

- art. 6: "lo psicologo accetta unicamente condizioni che non compromettono la sua autonomia professionale";
- art. 4: "in tutti i casi in cui il destinatario e il committente dell'intervento di sostegno o di psicoterapia non coincidano, lo psicologo tutela prioritariamente il destinatario dell'intervento";



- art. 25: *"nel caso di interventi commissionati da terzi, informa i soggetti circa la natura del suo intervento professionale e non utilizza, se non nei limiti del mandato ricevuto, le notizie apprese che possano recare ad essi pregiudizio"*.

Tali principi vanno approcciati con grande accortezza nelle situazioni in cui lo Psicologo effettua prestazioni richieste da un Giudice, anziché direttamente dai destinatari, i quali viceversa spesso le vivono con riottosità; seppure tali interventi non possano essere formalmente imposti, vengono vissuti come obbligatori per il timore delle possibili decisioni della Magistratura.

La situazione più frequente è rappresentata dalla richiesta ai Servizi (in primis il Consultorio Familiare, ma sovente anche il DSM e/o il DDP e, talvolta, l'UMEE) di valutare e/o prendere in carico un nucleo familiare e/o i suoi membri (in genere genitori e figlio/i) da parte del Tribunale per i Minorenni (ora sempre più spesso anche dal Tribunale Ordinario e a volte dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni), per questioni inerenti la tutela del minore.

Gli interventi proposti possono non trovare l'adesione di alcuni familiari, in primis i genitori stessi, che spesso non condividono i contenuti e la necessità della valutazione e non ravvisano criticità nell'esercizio delle funzioni genitoriali né disagi relativi al figlio, dunque non ritengono siano necessari percorsi finalizzati ad un cambiamento o interventi a tutela del figlio.

Peraltro un ulteriore aspetto significativo di cui tenere conto è proprio il fatto che l'utente viene posto di fronte a contenuti critici su di sé, perlomeno in quanto esposti nella relazione di valutazione in-

viata all'Autorità Giudiziaria ed acquisibile dalle parti, anche se in quella determinata condizione e fase della sua vita potrebbe non essere pronto ad accoglierli o addirittura potrebbero rappresentare fonte di turbamento non costruttivo.

Oltretutto non è scontata neppure la possibilità di lavorare a posteriori su tale valutazione, poiché la persona in questione potrebbe anche interrompere il percorso.

L'eterodeterminazione delle prestazioni cliniche, come viene percepita dall'utente e in alcune circostanze o per alcuni versi anche dallo Psicologo, rischia di snaturare il rapporto fiduciario tra utente e professionista, che invece appare implicito quando le persone si rivolgono spontaneamente ai colleghi privati, pur con le proprie resistenze.

Il contesto giudiziario può talvolta portare negli utenti addirittura vissuti persecutori, spesso incarnati dal professionista che esegue la valutazione, seppure il contesto all'interno di cui opera è ovviamente molto più ampio e complesso del suo intervento clinico.

D'altra parte in alcune circostanze, specie in situazioni particolarmente problematiche, la presenza di per sé contenitiva di un'Istituzione e di una rete professionale, nonché una sostanziale coazione, appaiono strumenti a volte utili o necessari per produrre o innescare o permettere un cambiamento all'interno di un sistema familiare che non ne ravvisa la necessità e che, quindi, non chiederebbe spontaneamente aiuto, continuando dunque ad esporre un minore ad una condizione di mancata tutela.

Inoltre in determinati casi l'impulso dell'Autorità Giudiziaria svolge di per sé una funzione regolatrice e normativa di cui il sistema familiare ha bisogno e beneficia, costituendo pertanto un ele-

mento di cambiamento o almeno l'"*intelaiatura*" necessaria che può rendere praticabili percorsi di cambiamento (Cigoli e Scabini, 2000).

Un ulteriore aspetto che distingue lo Psicologo che lavora presso un Servizio pubblico dal collega che opera privatamente è l'appartenenza del primo ad un Ente di grandi dimensioni (nel nostro caso l'AST, a valenza provinciale) con regole, dinamiche, livelli gerarchici, logiche ed organizzazione peculiari e non sempre facilmente coniugabili con gli interventi di natura clinica, con l'autonomia professionale, con la possibilità di modificare determinate prassi operative in tempi rapidi.

Peraltro a sua volta l'Azienda Sanitaria è interconnessa o subordinata ad altre realtà istituzionali (in primis la Regione), aspetto che rende ancora più complesse le dinamiche al cui interno collocare gli interventi di cura da parte del professionista, che deve debitamente tenerne conto nel suo operato.

Infine riteniamo importante mettere in evidenza come il lavoro dello Psicologo del SSN avvenga quasi sempre nel contesto di un'equipe, a sua volta spesso parte di reti più ampie, solitamente multiprofessionali e talvolta interistituzionali, in alcuni casi con livelli gerarchici differenti tra i vari membri.

Ad esempio in un "caso" inviato dal Tribunale per i Minorenni si può avere una microequipe Psicologo consultoriale-Assistente Sociale e/o Educatore comunali, un'equipe che coinvolge tutti i professionisti del SSN che hanno in carico il caso (es. Psichiatra del DSM, Psicologo del DDP per un genitore, logopedista dell'UMEE per il minore), un'equipe allargata di confronto tra tutti gli Operatori (an-

che colleghi del privato che effettuano determinati interventi rispetto al nucleo familiare come ad es. lo Psicologo di un Centro Diurno); inoltre vi è la presenza di un Responsabile del Servizio e di un Direttore di Dipartimento che possono avere voce in capitolo.

Tale lavoro di rete è complesso, affascinante ed imprescindibile, specie nelle situazioni più difficili, richiedendo da parte di tutti i professionisti coinvolti grande attenzione alla definizione dei singoli ruoli e competenze e alla loro reciproca articolazione.

Peraltro la normativa attribuisce di fatto una qualche forma di responsabilità a tutti i componenti dell'equipe, anche rispetto ad interventi che non rientrano nelle competenze di uno specifico Operatore, ma che comunque sono stati decisi dalla rete nel suo complesso (<https://www.brocardi.it>).

Se tali elementi possono riguardare anche lo Psicologo privato che lavori in contesto di equipe, essi assumono maggiore o più frequente o perlomeno differente rilevanza all'interno del Servizio pubblico (Baldini, 2018).

In genere le situazioni seguite dai Servizi pubblici mostrano una complessità che richiede quasi sempre l'integrazione di professionalità differenti, o interventi di Psicologi sia pubblici che privati, solitamente convenzionati o facenti capo ad organizzazioni come Cooperative Sociali o Associazioni.

Se finora abbiamo delineato le differenze tra Psicologo del pubblico e del privato, di seguito appare ancora più importante declinare gli aspetti che li accomunano (al di là ovviamente dell'appartenenza alla stessa categoria professionale, con una formazione di base sostanzialmente analoga ed uno stesso Codice Deontologico) ed in particolare gli ambiti e

gli interventi in cui si trovano già ora a collaborare per il benessere degli utenti da un lato i Servizi pubblici e dall'altro gli Psicologi del privato che operano sul territorio, sovente anche all'interno dello stesso contesto definito da un mandato da parte di un'A.G.

SINERGIA PUBBLICO - PRIVATO

Nella pratica quotidiana sono molti e frequenti gli interventi territoriali in cui operano, in maniera sinergica, Psicologi del pubblico impiego e del privato, prevalentemente appartenenti ad organizzazioni quali Cooperative Sociali o Associazioni, o anche libero-professionisti.

L'integrazione tra queste due anime della nostra professione, fondamentale per un percorso che sia funzionale alle esigenze e difficoltà delle famiglie interessate, avviene attraverso un lavoro di rete regolare e programmato, nonché contatti informali e celeri al bisogno.

Sarebbe interessante in altra sede mettere in luce anche le sinergie esistenti tra territorio ed Ospedale, talvolta percepite erroneamente come antitetici: dai minori seguiti dal Consultorio e contestualmente dalla Neuropsichiatria del Salesi, ai genitori ricoverati presso il Reparto di

Psichiatria dell'Ospedale per problemi psichici o gravi agiti oppure abuso di sostanze, ecc.

Appare importante, considerando che i colleghi che non lavorano nel Servizio pubblico potrebbero non essere a conoscenza di questa realtà se non per sommi capi, individuare i Servizi del SSN operanti sul territorio (per necessità di sintesi si fa riferimento alla provincia di Ancona, dal momento che nelle Marche i modelli sono in parte differenti, seppure simili nella sostanza):

- U.O.S. Consultorio Familiare;
- Unità Multidisciplinare per l'Età Evolutiva;
- Unità Multidisciplinare per l'Età Adulta;
- Servizi per le Tossicodipendenze;
- Centri di Salute Mentale e U.O.S.D. di Psicologia Clinica.

Passiamo dunque ora brevemente in rassegna quali sono le specifiche collaborazioni tra ciascun Servizio pubblico ed il privato.

Nei percorsi di tutela minori seguiti su mandato del Tribunale per i Minorenni e talvolta (sempre più spesso con la recente riforma Cartabia) dal Tribunale Ordinario, lo Psicologo del **Consultorio Familiare** collabora frequentemente con colleghi privati che gestiscono Centri Diurni o Comunità educative o integrate o terapeutiche, o che comunque operano all'interno di tali Strutture.

Inoltre alcuni genitori o ragazzi o famiglie in carico al Consultorio su mandato dell'Autorità Giudiziaria sono seguiti o decidono di farsi seguire da Psicologi privati, con cui parimenti il collega del Servizio pubblico intrattiene regolari rapporti, nel rispetto dei differenti setting e ruoli.

Inoltre può capitare che sul caso venga disposta una Consulenza Tecnica, per cui lo Psicologo del Consultorio si interfaccia

con il collega che esegue tale CTU.

A questo proposito è importante che venga demarcata una distinzione procedurale e metodologica tra la valutazione peritale, deputata generalmente a professionisti privati esperti in questioni giuridiche, e la valutazione delle capacità genitoriali effettuata dal Servizio pubblico, primariamente propedeutica all'attivazione dei successivi interventi da parte dello stesso Servizio ed in genere del medesimo professionista (a differenza di quanto accade per la consulenza d'ufficio, in cui lo Psicologo non svolge l'eventuale successiva presa in cura).

Riguardo a questo tema ci preme anche sottolineare come sarebbe auspicabile che, nel contesto delle disposizioni che le Autorità Giudiziarie inviano ai Consultori, la valutazione delle capacità genitoriali possa essere sempre più una rappresentazione dinamica della realtà familiare e genitoriale, finalizzata alla messa in opera di interventi trasformativi delle difficoltà riscontrate, piuttosto che costituire una fotografia statica e spesso riduttiva della situazione, cosa che spesso lascia meno margini per un lavoro di recupero di competenze per una sana crescita dei figli.

Se la valutazione stessa sarebbe meglio definibile come intervento di "esplorazione ed assessment", più in generale appare maggiormente utile che la diagnosi sia una "valutazione in azione", in grado di fornire una presa in cura più celere tramite monitoraggio dei cambiamenti via via emergenti e di creare alleanze con l'utente anche quando non esprime una domanda esplicita di cura (talvolta l'agito iniziale da cui prende avvio l'iter giuridico può essere interpretabile come una richiesta implicita di cambiamento, di cura, almeno di contenimento).

Lo Psicologo consultoriale si relaziona spesso, nel lavoro di equipe multidiscipli-



nare, con diverse altre figure professionali del pubblico ed anche del privato:

Assistente Sociale, Educatore, Psichiatra e Neuropsichiatra infantile, Ginecologo, Pediatra, Medico di Medicina Generale, Ostetrica, Infermiere, Insegnante, Avvocato, Giudice (i Giudici Onorari del Tribunale per i Minorenni e della Corte d'Appello, figure che coadiuvano il Giudice Togato e cioè il Magistrato nelle sue decisioni, sono per la maggior parte individuati tra gli Psicologi, seppure occorra sottolineare come tale figura abbia subito una contrazione nella recente riforma).

Per quanto riguarda l'**UMEE**, gli Psicologi operano in sinergia con:

Centri privati convenzionati per prestazioni riabilitative; Centri diurni; Servizi educativi per disabili e per minori con difficoltà evolutive transitorie; Comunità educative e/o terapeutiche per minori con certificazione di disabilità (facenti capo a Cooperative Sociali o Associazioni del privato sociale mediate dai Servizi Sociali comunali); figure riabilitative o terapeuti privati per il progetto di presa in carico del minore e dei genitori.

Le figure professionali con cui lo Psicolo-

go UMEE si relazione in maniera più frequente sono:

Assistente Sociale, Logopedista, Neuropsichiatra, Insegnante, Educatori, Pediatria e talvolta Giudice del Tribunale per i Minorenni.

Per quanto riguarda l'**UMEA**, le principali sinergie con il privato riguardano:

RSA (residenza sanitaria assistenziale); Centri privati convenzionati per prestazioni riabilitative o Strutture private come C.S.E.R. o Co.S.E.R. (rispettivamente Centro Socio Educativo Riabilitativo e Comunità Socio Educativa Riabilitativa), facenti capo a Cooperative Sociali o Associazioni del privato sociale mediate/appaltate dai Servizi Sociali comunali.

Le figure professionali con cui lo Psicologo si relazione in maniera frequente, in un lavoro di rete e di équipe multidisciplinare necessario, sono prevalentemente Educatori, figure riabilitative, Psichiatra, Assistente Sociale, Insegnanti, talvolta Giudici.

Per quanto riguarda il **CSM**, le principali sinergie con il privato riguardano:

Centri residenziali e diurni (gestiti da Cooperative Sociali in convenzione e accreditate); Cooperative Sociali incaricate dal Comune per la gestione di servizi di formazione e inserimenti lavorativi; Associazioni di familiari che collaborano al sostegno delle famiglie; Associazione di Auto-Mutuo-Aiuto per gruppi di pazienti inviati dal Servizio pubblico e coordinati dal CSM (A.M.A.) e Servizio "Sollievo" per attività di sostegno a pazienti e famiglie in collaborazione coi Comuni territorialmente competenti e con una gestione mista pubblico- privato.

Le figure professionali con cui lo Psicologo del CSM si relazione sono:

Assistente sociale, Psichiatra, Educatore,

Infermiere, Medici di medicina generale, anche Giudici, Riabilitatore Psichiatrico, Mediatori linguistico-culturali, Professori della scuola secondaria, Operatori di Centri per la tutela di donne vittime di violenza e di tratta o per l'inclusione sociale e lavorativa.

L'**STDP** integra il suo operato prevalentemente con Centri diurni e Comunità terapeutiche del privato sociale convenzionato accreditato.

Le figure professionali con cui lo Psicologo dell'**STDP** si relazione abitualmente sono:

Assistente sociale, Psichiatra, Educatore, Infermiere, Medico di medicina generale, Giudici.

Peraltro tale Servizio e il Dipartimento Dipendenze Patologiche di cui fa parte rappresentano un modello innovativo a sé stante di sinergia pubblico-privato nel contesto del lavoro territoriale, con riferimento ad una normativa specifica (DGR 747/04 – Atto di riordino del Sistema Regionale dei Servizi per le Dipendenze Patologiche) (<https://www.ambito20.it>).

Si tratta di un modello operativo che nel tempo si è rivelato funzionale sia alle esigenze dell'utenza, in primis, sia alla possibilità per gli Psicologi di trovare opportunità lavorative.

Per attuare l'integrazione socio-sanitaria prevista dalla norma si è ritenuto necessario riordinare l'intero sistema dei Servizi per le dipendenze patologiche ed i comportamenti d'abuso e compulsivi, promuovendo lo sviluppo di un sistema socio-sanitario integrato che offra adeguate risposte alla domanda di Servizi, attraverso un ampio ventaglio di proposte e programmi.

Per la costruzione di una congruente azione preventiva, terapeutica e riabilitativa si è ritenuto indispensabile l'incontro

di più discipline, metodologie ed organizzazioni che si riconoscano in una rete di intervento in cui differenti soggetti (pubblici, del privato sociale accreditato e del terzo settore) concorrano in maniera coordinata agli obiettivi di salute della popolazione.

Nelle Marche il ruolo del Terzo Settore ha acquistato nel tempo una funzione sempre più integrata con le strutture ed agenzie del Servizio Pubblico, consentendo di pensare ad un sistema dei Servizi in cui i soggetti pubblici e privati possano avere pari dignità, a partire da identici sistemi di accreditamento.

La rete dei servizi offerti dal Privato Sociale e dal Terzo Settore offre una serie di possibilità che orientano l'intervento verso strutture, programmi e progetti sempre più specialistici e professionalizzati, in posizione spesso sussidiaria all'intervento pubblico.

Il riordino del Sistema Regionale dei Servizi per le Dipendenze Patologiche è basato su un assunto innovativo, che modifica il dualismo pubblico-privato e propone la sintesi nel "Sistema Pubblico dei Servizi Pubblici e Privati Integrati" connessi nei DDP.

Il DDP articola e declina tutte le funzioni di competenza, integrando e connettendo soggetti con diversi riferimenti (prevalentemente Pubblici e del Privato Sociale accreditato e del Terzo Settore) che concorrono con pari titolarità e responsabilità, pur nella valorizzazione delle differenze e specificità, al perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione, secondo i principi di beneficio, giustizia ed autonomia del Servizio Pubblico regionale, concepito come solidale, equo, universale, integrato e di qualità.

Il DDP è definito come Servizio Pubblico che, per assicurare il più adeguato ventaglio di opportunità, integra al suo interno

operatori e Servizi appartenenti a culture professionali ed istituzionali diverse, per costituire un sistema in cui ogni sottosistema è connesso dalla comune mission, al fine di garantire a chiunque viva nella Regione (cittadino, detenuto, persona temporaneamente residente in maniera legale o clandestina, di qualunque etnia, sesso o religione) il diritto al trattamento più appropriato, offerto in luoghi adeguati da personale specializzato e formato, organizzato in équipe pluriprofessionali e multidisciplinari all'interno di Unità Operative (Pubbliche e del Privato Sociale) integrate nei DDP.

Nel modello di Dipartimento Pubblico integrato si coniugano competenze a livello distrettuale, zonale e sovrazonale, con funzioni svolte per processi e per progetti strutturati in settori di responsabilità gestionale e/o professionale.

Viene inoltre assicurata, a partire da protocolli diagnostici, terapeutici e valutativi condivisi, l'articolazione di un ampio ventaglio di trattamenti, tracciando percorsi assistenziali basati su percorsi e programmi individualizzati che possano attraversare diversi Servizi e ambienti/progetti del Dipartimento, rivolti anche ai soggetti solo parzialmente disponibili al cambiamento, attraverso interventi multidisciplinari e pluriprofessionali che garantiscano la presenza di attività strutturate per aree.

CONCLUSIONI

Come appare evidente dall'articolo, nel concreto delle situazioni di individui e famiglie seguiti dai Servizi, che presentano difficoltà sul piano psicologico e relazionale spesso complesse ed articolate con problematiche di altra natura, si dimostra generalmente funzionale che lo Psico-

logo utilizzi un approccio integrato tra più Istituzioni, tra contesto pubblico e privato, tra più professionalità, nel rispetto e valorizzazione degli specifici ruoli e competenze, comunque operando in maniera sinergica attraverso un lavoro di rete puntuale ed una chiara definizione dei compiti.

Nella nostra realtà ciò porta spesso ad individuare nel privato la polarità della cura e nel Servizio pubblico quella della valutazione e del controllo, specie laddove tale ottica derivi dalle disposizioni dell'Autorità Giudiziaria inviante, in modo talvolta riduttivo o troppo categorizzante rispetto alla possibilità e capacità dei colleghi che vi operano e soprattutto alla possibilità di agire positivamente nei confronti dell'individuo o famiglia.

In molti casi, invece, si riescono ad utilizzare le risorse del pubblico e del privato in maniera più complessa ed elastica per la corretta presa in cura del caso.

Sarebbe importante poter giungere ad un modello di psicologia del territorio specifico per la nostra realtà, che preveda un'implementazione delle sinergie pubblico-privato, con ruoli definiti ed allo stesso tempo sufficientemente elastici da potersi adattare alle singole casistiche. Ciò comporterebbe vantaggi in termini di qualità del lavoro, per l'utenza e per i professionisti, ma anche di quantità di lavoro, con benefici per tutti i cittadini e per la nostra categoria.

Ovviamente quest'ultimo punto necessità della partecipazione della categoria ai livelli decisionali, nonché di politiche che aumentino le risorse destinate al settore, in primis per assumere nuovo personale non precario nel SSN e per creare nuove e più flessibili possibilità di collaborazione tra pubblico e privato.

Appare quindi necessario che le Amministrazioni pubbliche si dotino di strumenti

finalizzati ad attivare forme di collaborazioni atipiche in tempi rapidi, ponendo particolare attenzione a che ciò non diventi una prassi e non si trasformi in un impiego improprio degli Psicologi.

Allo stesso modo appare indifferibile l'aumento del personale all'interno del Servizio pubblico, ad iniziare dalla sostituzione dei pensionamenti, per dare agli



utenti risposte tempestive e sempre più qualificate, evitando l'aggravamento della loro condizione con ulteriore ricaduta sul loro benessere e sulla qualità e quantità del lavoro dei colleghi e sul SSN.

Tutto ciò permetterebbe anche di lavorare sulla prevenzione nelle sue varie declinazioni, instaurando un circolo virtuoso che dovrebbe portare ad una diminuzione della condizione di disagio; attualmente invece i Servizi si trovano spesso ad intervenire quando le problematiche si sono già strutturate o diventano conclamate, se non addirittura ad operare di fronte all'urgenza.

L'emergenza sanitaria ha reso evidente

che l'investimento sulla psicologia del territorio (quindi sulle risorse dei Servizi territoriali del SSN e sulle loro sinergie con il settore privato) costituisce un'urgente necessità per far fronte a situazioni di grave crisi e disagio, per prevenirne di ulteriori, per effettuare prese in cura efficaci ed efficienti e perseguire condizioni di benessere psicologico dell'individuo, dei sistemi e della collettività.

Sarebbe fondamentale poter ricorrere a forme di collaborazione con il privato differenziate a seconda delle specifiche esigenze di un Servizio e dell'utenza, o comunque ripensare alla collaborazione pubblico-privato in un'ottica di reale integrazione, nel contesto di una presa in cura delle situazioni che ponga al centro la persona ed il suo ambiente familiare e lasci in secondo piano i pur necessari aspetti burocratici, amministrativi, economici.

La prospettiva di giungere ad un più ampio ventaglio di forme di collaborazioni condivise tra pubblico e privato, non come forma indebita di delega, può valere sia per l'utenza storicamente in carico ai Servizi, sia per le nuove fasce a rischio della popolazione, rivolgendosi dunque alle problematiche che stanno emergendo in questi anni di profondo cambiamento sociale e culturale.

La costruzione di progettualità comuni richiederebbe anche sempre più frequenti e qualificati spazi formativi congiunti tra settore pubblico e privato.

Un'ottica di questo tipo non sarebbe solo virtuosa per la salute del cittadino, ma conterrebbe anche i costi dei percorsi di cura (in termini di tempo, energie e risorse finanziarie); ciò che è gestito all'interno di un progetto condiviso riduce sovrapposizioni e dispersioni, facilitando la compliance dell'utente e dunque il buon esito del progetto solitamente in tempi ridotti.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

<https://www.altalex.com/documents/codici-altalex/2013/12/19/costituzione-italiana>

https://www.ambito20.it/Public/normative/allegato/29_DGR-747-04-Riordin-Dipendenze.pdf

Baldini Gianni (2018) - *Legge 219/2017 e disposizioni anticipate di trattamento* - "Famiglia e diritti" 9/18

<https://www.brocardi.it/responsabilita-professionale-personale-sanitario>

https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisiti/pdfs/000/001/721/Veronesi_29.05.19.pdf

Cigoli Vittorio e Scabini Eugenia (2000) - *Il Familiare* - ed. Cortina, Milano

<https://www.giustizia.it>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-12-23;833!vig=>

<https://www.psy.it/la-professione-psicologica/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani/>

https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=22302>

Risonanze in modelli relazionali obsoleti

Franco Burattini

Psicologo, Psicoterapeuta, Didatta IEFECOSTRE

Federica Burattini

Psicologa, Psicoterapeuta, AST Ancona

In Italia l'emergenza sanitaria per SARS-Cov-2 è stata dichiarata il 31 gennaio 2020. Subito dopo che il direttore generale OMS su parere dell'Emergency Committee ha dichiarato lo stato di PHEIC (Public Health Emergency of International Concern) come sancito nel Regolamento sanitario internazionale (International Health Regulations), IHR, in quanto si riteneva prevedibile un'ulteriore diffusione dell'epidemia.

Per dichiarare lo stato di *emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale* debbono esserci le seguenti condizioni, per prima cosa deve essere un evento grave, improvviso, insolito o inaspettato, con alto rischio per la salute pubblica oltre il confine nazionale dello Stato colpito e può richiedere un'azione internazionale immediata anche restrittiva. (I.S.S. EpiCentro)

Il 9 marzo 2020 viene emanato il primo DPCM per il lockdown su territorio italiano. Le caratteristiche di invisibilità e l'impossibilità di delimitazione del fenomeno COVID sono i due aspetti centrali che hanno creato differenza rispetto ad altri disastri che prevedono numeri elevati di decessi. Tutto questo, insieme ad una campagna

comunicativa che riteniamo essere stata confusiva e non troppo adeguata, è quello che, in estrema sintesi, ha favorito una già compromessa situazione destabilizzata sia sul piano economico/sociale, sia individuale e non da ultimo relazionale.

La costante esposizione a condizioni stressogene individuali, alimentate da uno stato di confusione generale, dall'isolamento emotivo e sociale, il senso d'insicurezza, la paura dello stigma, la preoccupazione per il contagio anche dei propri cari, in molti casi, ha virato verso condizioni emotive severe, sequele psichiatriche e rischi suicidari. Addirittura anche un errato comportamento di resilienza, come evidenziato in diverse survey, si è realizzato attraverso un uso eccessivo di alcol e di sostanze stupefacenti, come pure di comportamenti oppositivo/provocatori.

La sensazione che ha coinvolto tutti è stata ed è la percezione di vivere questo nostro tempo quotidiano come *fine delle certezze*.

Spaccati di vita contaminati da un senso di smarrimento, impotenza e rassegnazione. Rassegnazione in larga parte generata

dall'incontro/scontro di problematiche socio/politiche con il mentale individuale e gruppale.

La pretesa di farcela ad avere il controllo nel definire la relazione tra noi e il mondo, attraverso un'esasperante lotta simmetrica, proprio come avviene tra i membri di una famiglia disfunzionale, è stata la nostra *hybris: la supponenza, la tracotanza, la tensione simmetrica esasperata al punto da non arrendersi di fronte all'evidenza e alla stessa imminenza di morte*.

C'è voluto un invisibile virus per ridimensionare la nostra onnipotenza, per farci capire che siamo elementi parte di un sistema che può annientarsi in breve tempo se non si sorvegliano i feedback che vengono dalla interazione con gli altri elementi del sistema stesso. Ci siamo ritrovati a vivere un profondo processo di lutto condiviso, come per i personaggi, così diversi ma così uguali, descritti e artisticamente "riuniti" da Camus nel romanzo *"La Peste"* (1947).



Questo virus è stato ed è un avvertimento all'interno di una struttura che è già al limite del suo range di interazioni possibili, vicino al punto di biforcazione.

Abbiamo ancora impresse nella mente collettiva le immagini di una catastrofe di dimensioni globali.

In un articolo comparso nel 2020 su *Lancet*, l'autore Richard Horton, scrive: *Se questa pandemia è una crisi della vita stessa, quali conclusioni provvisorie potremmo trarre dai suoi effetti finora sulla società umana?*

Questa società oramai forzosamente globalizzata, protesa verso uno sviluppo economico assolutamente non sostenibile, è andata progressivamente ignorando la necessità di salute individuale e collettiva (ben-essere), ostinandosi ad affrontare problemi complessi con metodi lineari, separando più che cercare nessi. È necessario comprendere i comportamenti e le problematiche psico/sociali che la pandemia ha slatentizzato, occorre una lettura nuova rispetto ad un distaccato dato statistico che, comunque, ha avuto una sua qualche utilità nella complessità del momento emergenziale, ma vanno sempre incoraggiate nuove visioni magari attraverso letture *non-lineari*, sistemi che osservano e interpretano in modo più aperto e meno rigidamente legati alla prevedibilità deterministica.

• IL TEMPO SOSPESO

Una delle misure di sanità pubblica adottate per ostacolare la propagazione epidemica del virus SARS-COVID 19 è stata la quarantena. Conseguentemente ai periodi di lockdown imposto o volontario, numerose review hanno evidenziato, come l'impatto psicologico generato abbia assunto, nel tempo, carattere di

ampiezza e di lunga durata. Durata che si è poi concretizzata in nuove esperienze come lo smart working.

Stiamo da tempo vivendo uno scorrere del tempo lento, un *tempo sospeso* (Onnis L. 2004), un'attesa inquietante, come quel clima efficacemente reso da Edward Hopper nelle sue opere.

La pandemia ha prodotto un'importante risonanza trasversale nel punto d'incontro tra la devastante forza del trauma e la fragilità individuale.

Il lockdown, tra aperture e chiusure, ha prodotto effetti destabilizzanti non solo nelle persone più anziane, ma anche e soprattutto, nei giovani.

Come terapeuti siamo stati testimoni di come, a livello individuale, si siano generati corridoi psicopatologici molto diversi per espressione e gravità, risultato di interazioni tra caratteristiche squisitamente soggettive e particolari contesti ambientali.

Vale la pena di ricordare come, in situazioni di isolamento forzato in contesti familiari critici, si sia poi evidenziata un'accentuazione della violenza domestica.

Inoltre alcuni autori hanno ipotizzato questo implemento delle problematiche psichiatriche non solo derivato da aspetti reattivi, ma addirittura come una espressione maladattiva che probabilmente si manterrà a lungo nel tempo, una delle conseguenze più temibile del residuale post Covid (del Rio *et al.* su *Erranza del Sintomo e Crisi identitaria*). Da questo impianto apparentemente caotico, si è ulteriormente confermata l'urgenza, nell'ambito della salute mentale, della individuazione tempestiva sia dei fattori di rischio, ma anche dei precursori, al fine di un inquadramento diagnostico e conseguente presa in carico del soggetto attraverso un intervento multidimensionale e "sartoriale" soprattutto nell'area di confi-

ne tra la tarda adolescenza e la prima età adulta (dai 16 ai 34 anni).

• RICALIBRAZIONE DEL SISTEMA

Nel momento della prima emergenza ci siamo confrontati, senza sconto alcuno, con la nostra vulnerabilità e di conseguenza, come accennato poc'anzi, è venuta in superficie anche la falla di sistema del nostro Servizio Sanitario Nazionale, così pure anche se in maniera differente, in altre nazioni.

In un secondo momento, confortati anche dei primi studi pubblicati, primo tra tutti quello cinese "*A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the Covid-19 epidemic: implications and policy recommendations*", abbiamo avuto lo stimolo per orientare le ricerche sugli effetti psicologici della pandemia e sulle conseguenti limitazioni imposte, anche sulla popolazione italiana.

Dalla survey cinese emergeva l'urgenza di dare attenzione a gruppi fragili come giovani, anziani, donne e lavoratori migranti, oltre alla necessità di potenziare l'accessibilità al sistema sanitario pubblico, l'organizzazione del primo soccorso psicologico, l'adattamento e il potenziamento del sistema di telemedicina e supporto psicologico ed infine, anche una rivasitazione del sistema di prevenzione.

In Italia nel giugno del 2020 veniva pubblicato uno studio multicentrico, coordinato dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Università della Campania in collaborazione con l'I.S.S., Università e Dipartimenti di Salute Mentale di varie città italiane, sulla salute mentale della popolazione e degli operatori sanitari a seguito della quarantena e del distanziamento fisico in periodo Covid.

• BLINDATURA DEL SETTING TRADIZIONALE E NUOVE METODICHE

La situazione contingente derivata dallo stato di isolamento ha dato impulso all'uso dei consueti quanto obsoleti mezzi di comunicazioni (telefono, e-mail), quasi in contemporanea ci si è resi conto della loro inadeguatezza e limitazione in un contesto divenuto altro. L'isolamento pandemico e la paura del contagio, di fatto, aveva impedito l'accesso agli studi di psicoterapia, pertanto si profilava la necessità di organizzare ciò che in pratica si profilava come un vero e proprio trasferimento del tradizionale ambulatorio di psicoterapia in un altro ambiente.

Setting decisamente diverso in quanto, nello specifico, determinato da piattaforme multimediali.

Sappiamo che i "traslochi" sono situazioni difficili quasi impossibili per alcuni, ma in questa situazione emergenziale anche i terapeuti più riluttanti si sono dovuti in qualche modo adeguare all'impiego della multimedialità o teleinterventi.

A dire il vero di nuovo c'era poco se non la spinta dovuta all'urgenza del momento, nel senso che già nei primi anni '50 negli Stati Uniti, paese dove le distanze sono notoriamente sconfinite, veniva effettuata la psicoterapia per telefono (telephone analysis).

La psicoterapia on-line oltre ad ovviare agli spostamenti ha significato, per il paziente, costi più bassi. Ovviamente, questo nuovo modello di relazione terapeutica ha posto, sin da subito, il problema della definizione di una nuova cornice di riferimento per la terapia, in estrema sintesi, si doveva creare un contesto che potesse connettere i vari elementi.

Ovviamente questa accelerazione verso l'uso di nuove tecnologie, dovuta più al

bisogno contingente che non da una curiosità di ricerca, ha creato un vero e proprio sovvertimento di quelle metodiche stabilizzate nel tempo, evidenziando ancor di più e in maniera interessante, il gap intergenerazionale.

Per generazione non si intende unicamente un insieme di soggetti afferenti alla propria fascia d'età, ma piuttosto un gruppo di individui che pur condividendo il dato anagrafico hanno vissuto esperienze e momenti formativi e socio-culturali che li hanno caratterizzati.

Quattro sono le fasce generazionali che in qualche modo si sono addentrate nell'esperienza digitale: i Baby Boomers (nati dal 1945 al 1964), la Generazione X (nati tra il 1965 e il 1979), la Generazione Y denominati anche Millenials o anche Nativi Digitali (nati tra il 1980 e 1995), infine i nati dal 1996 ad oggi, ossia la Generazione Z (Farruggia F., Foschi D.).

L'appartenenza o meno ad uno dei suindicati cluster evidenzierà un rapporto decisamente differenziato con il mondo digitale e non solo riferito all'uso, ma anche al mondo valoriale e di comportamento.

• VECCHI MEDIA e NEW MEDIA

La comunicazione che avviene attraverso la stampa la televisione e quant'altro, rappresenta una sorta di comunicazione agglomerata cioè diretta al grande pubblico, la rete invece è un tipo di comunicazione che avviene attraverso dispositivi digitali. Questi sono definiti vecchi media caratterizzati da una comunicazione unidirezionale verso grandi masse.

I vecchi media costituiscono, però, il trampolino evolutivo per i cosiddetti new media caratterizzati da una comunicazione filtrata attraverso l'impiego del digitale.



I dispositivi digitali hanno cambiato radicalmente il modo di disporre dell'informazione che attraverso una nuova tipologia di linguaggio diventa, grazie alla sua interattività, ancor più estesa e condivisa. Ora, l'utente, ha un coinvolgimento più diretto e anche il contesto si giova di una maggior ampiezza e varietà d'uso, integrandosi, quasi di prepotenza, nella nostra vita sia individuale che di relazione.

Anche noi psicoterapeuti ci siamo adattati al cambiamento spinti da una stimolante curiosità, quasi come una timida uscita dalla caverna per scoprire le ombre generate dal fuoco. (*Platone libro settimo de La Repubblica* 514 b – 520 a).

Un'esperienza nuova anche per una certa fascia di pazienti, impossibile per altri. Una nuova modalità di lavoro che ha permesso di mantenere un contatto, un supporto e una vigilanza utile, facilitata dal collegamento on-line.

Lo spazio digitale ora diventa la *il contenitore emozionale* che connette in maniera molto più parietaria il terapeuta e il paziente.

Senza accorgerci ci siamo trovati affacciati sul bordo misterioso e attraente ma anche inquietante della intelligenza artificiale.

• L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Due grandi famiglie caratterizzano il mondo della Intelligenza Artificiale: il Machine Learning definito I.A. Debole di cui fanno parte le macchine reattive. Un esempio di macchina reattiva lo possiamo riscontrare nella Deep Blue della IBM, la quale l'11 maggio del 1977, è stata capace di vincere una partita di scacchi contro Garry Kasparov.

Il Deep Learning, conosciuto come I.A. Forte, invece, teorizza la possibilità di far ragionare le macchine. Esiste anche un altro tipo di intelligenza artificiale chiamata "a memoria limitata", così definita perché ha una capacità di memoria del passato transitoria, quindi non in grado di attingere dall'esperienza. Le self driving car, di Elon Musk, il CEO di Tesla, integrano già questo sistema di I.A. Queste auto sono capaci, con l'ausilio di telecamere, di osservare il contesto e attraverso algoritmi adeguare certi parametri di guida come ad esempio, la velocità. Musk nel 2020, ha annunciato che la sua azienda ha sviluppato il primo sistema di guida autonoma di livello 5 senza l'interferenza umana.

Il futuro è già nel presente e noi psicoterapeuti dovremmo osservare questa nuova complessità con curiosità e senso critico per parteciparla senza esserne travolti.

Riassumendo, il Machine Learning attraverso una serie di algoritmi che analizzano miliardi di dati, riesce a far apprendere alla macchina e anche a eseguire dei compiti con carattere di imprevedibilità. Il Deep Learning, invece, ha un percorso diverso e più complesso utilizza le reti neurali artificiali che simulano il comportamento biologico dei neuroni del cervello umano, quindi è in grado di scegliere in autonomia i processi da uti-

lizzare per raggiungere l'obiettivo anche attraverso tecniche non programmate.

Considerata la velocizzazione della ricerca e degli applicativi di queste tecnologie, la preoccupazione circa un possibile avanzamento incontrollato delle I.A. ha fatto nascere qualche allerta anche tra gli scienziati.

Indubbiamente interessanti anche i vantaggi ottenuti in ambito medico, grazie all'impiego delle I.A., tanto per citare un esempio, nel campo diagnostico di alcune patologie tumorali attraverso la lettura e l'incrocio di dati radiografici di secondo livello.

Oggi ci sono sistemi operativi di I.A. in grado di analizzare quasi dieci TAC al secondo riducendo anche la percentuale di errore.

Nel corso del 2020 l'intelligenza artificiale (I.A.) ha fatto un salto di qualità relativamente al perfezionamento delle tecniche software di computer vision. Tali tecnologie sono state impiegate anche durante il periodo COVID ad esempio per il riconoscimento facciale, per verificare la presenza o meno della mascherina, come pure il monitoraggio della distanza di sicurezza.

• LA REALTÀ VIRTUALE

I nostri sensi rappresentano la finestra che ci mette in contatto con il mondo da cui riceviamo ed integriamo conoscenza. La curiosità umana, primo motore di ogni apprendimento, intorno alla metà degli '50 spinse alcuni scienziati a fantasticare sulla possibile creazione di *mondi paralleli* arrivando a produrre una prima macchina che, attraverso simulazioni ambientali, stimolava i sensi: era il Sensorama.

Alla fine degli anni '60, con gli studi Ivan

Sutherland nell'Università dello Utah, si arrivò alla costruzione del primo visore di realtà virtuale.

La Realtà Virtuale funziona integrando l'infrastruttura Cloud, l'Intelligenza Artificiale attraverso il Machine Learning e anche i Big Data per quanto riguarda i miliardi di dati oltre agli algoritmi di filtro e ricerca.

L'essere umano proprio per le sue caratteristiche di animale sociale ha una neurofisiologia programmata al rinforzo della socialità, tanto che diventa quasi un bisogno insostituibile il cercare connessioni con i propri simili.

Detto questo, ognuno di noi, in differente maniera e per vari motivi, si trova ad essere un po' attore e molto di più spettatore inconsapevole dell'inarrestabile spinta propulsiva che caratterizza questa *quarta rivoluzione industriale*, dove i termini digitalizzazione e automazione diventano il perno su cui ruota il mondo della attuale produzione.

Forte rimane la determinazione a perseguire una visione finalizzata a realizzare un'interconnessione sempre più evoluta tra soggetti che pur non presenti nello spazio fisico riescono a realizzare, un'esperienza parallela immersiva e realistica. Tutti noi sperimentiamo quotidianamen-



te l'uso di piattaforme, oramai obsolete, come i social e forse in qualche occasione ci siamo anche trovati coinvolti in situazioni bizzarre, ma non siamo fuggiti impauriti anzi siamo stati paradossalmente spinti dalla curiosità.

Le possibilità offerte dalla rete di assumere sembianze differenti anche in contemporanea, vestire il corpo che vogliamo in ogni circostanza sono indubbiamente potenti.

Un individuo è ovunque e in nessun luogo, nasce, così, l'opportunità di vivere un nuovo senso di ubiquità, un muoversi in uno spazio invisibile. Nel cyberspazio il nostro corpo può assumere possibilità moltiplicatorie attuando una reale disseminazione del sé nella rete.

Un'infinità di possibili sé.

Un'esistenza multipla e fluida.

In questo salto di secolo i cambiamenti si sono susseguiti rapidamente e trasversalmente a partire dalle nuove tecnologie fino ad arrivare a cambiamenti nella struttura familiare e non da ultimo nelle relazioni umane.

Sembra ieri, quando già negli anni '30 il matematico, crittografo e filosofo Alan Turing, morto suicida nel 1954, che con la macchina MdT, da lui stesso inventata, concretizzò le teorie sull'algoritmo e sul calcolo.

Fu proprio grazie a Turing che si mossero i primi passi nel campo dell'Informatica e anche dell'intelligenza artificiale.

Nel 1958 il Dipartimento della Difesa americano crea l'agenzia intergovernativa DARPA (*Defense Advanced Research Projects Agency*) con il compito di studiare soluzioni tecnologiche all'avanguardia. Appartengono a DARPA tutti quegli applicativi, oramai di uso comune, tipo Gps (*Global Positioning System*), e ARPAnet, il predecessore dell'odierno Internet, già operativo nella seconda metà degli

anni '60, con lo scopo di creare una rete di comunicazione militare sicura, veloce e affidabile.

Altro ambizioso studio avviato degli scienziati del DARPA nei primi anni del 2000, fu il Progetto REPAIR che consisteva nel comprendere e di conseguenza modificare il comportamento di un cervello danneggiato da un trauma. La congettura iniziale faceva riferimento a una tecnica biologica impiegata per controllare l'attività neuronale con la luce: l'optogenetica. Ciò doveva servire a leggere un segnale dalla regione A, bypassare l'area B danneggiata e portare quel segnale a C.

Interessante anche il più recente programma Restoring Active Memory (RAM), che consiste nel riportare in superficie i ricordi danneggiati o perduti attraverso l'impiego di tecnologie neurali d'avanguardia con lo scopo di creare un corridoio facilitante per il recupero della memoria.

La DARPA nel 2020, ha potuto contare su un budget di 3.556 miliardi di dollari.

Un altro interessante quanto discusso esperimento nelle interfacce uomo-macchina e in particolare nella robotica e nell'intelligenza artificiale fu fatto, nel 1998, dal ricercatore inglese Kevin Warwick.

Warwick, fu il primo uomo-robot, ovvero il primo uomo a innervarsi un chip nel braccio, che attraverso la trasmissione di un segnale poi captato da un computer, gli consentiva di aprire in automatico le porte di casa, accendere le luci, leggere messaggi.

Come abbiamo potuto vedere attraverso questa finestra cronologica il futuro è da tempo che è presente tra noi.

L'inarrestabile emancipazione digitale ha permesso lo sviluppo delle nuove tecnologie software utili alla realizzazione del più recente e innovativo prodotto di realtà immersiva, stiamo parlando dell'ultima frontiera del digitale: il metaverso.



Il metaverso è una struttura articolata in lunghezza, larghezza, profondità e tempo, in pratica un universo 3D virtuale e digitale creato e alimentato dalle reti globali di comunicazione. Il primo esempio di metaverso è stata la piattaforma virtuale *Second Life* (2003). Il metaverso è di fatto un'evoluzione di Internet, un ambiente in cui persone reali attraverso l'impiego della realtà virtuale (VR) della realtà aumentata (RA) e della intelligenza artificiale (IA) possono far interagire il proprio avatar con altri avatar.

Non nascondo che nella mia veste di artista mi incuriosisce oltre alle RV anche l'ultimo modello di linguaggio guidato, chiamato Gpt-3 (acronimo di Generative Pre-training Transformer 3), una rete neurale artificiale con memoria a lungo termine, che riesce a comporre, spartiti musicali, racconti e poesie in quanto utilizza tutto il materiale di testo reperibile on-line, che si attesta sulla impressionante cifra di circa 175 miliardi di parametri linguistici, di conseguenza viene da chiedersi che risonanza potrà esserci nel mondo dell'Arte a partire dalla creatività, poi considerando le tante avanguardie che hanno attraversato da sempre, l'arte e non solo quella contemporanea, la preoccupazione iniziale diventa stimolo.

• LA REGOLA NECESSARIA

Uno dei più grandi, invasivi e dirompenti sbilanciamenti di sistema del nostro secolo è sicuramente stato il SARS COVID-19 ancor più delle Torri Gemelle dell'11 settembre del 2001, evento che comunque ci stimola a pensarlo come indiscusso punto di cambiamento di rotta degli equilibri mondiali.

La pandemia e il divieto di spostamento ha creato un'interferenza rilevante nella relazionalità sociale, operando un taglio sulla consuetudine delle abitudini, del contatto e anche nella temporalità. Per quello che ci riguarda come terapeuti sistemici abbiamo più di tutti sofferto lo spegnimento di quella musica che caratterizzava la *danza della famiglia* (Whitaker e Bumberry) poi così ben interpretato da uno dei nostri maestri più creativi, Salvador Minuchin.

Terapeuti e pazienti si sono trovati ad affrontare un'incertezza esistenziale.

Il silenzio e lo sgomento ci ha invasi, ma da sistemici abbiamo cercato di prendere il meglio da questo caos.

Dopo un primo periodo di smarrimento, attraverso piattaforme come Skype, Zoom, Google Meet abbiamo ristabilito il contatto terapeutico con i nostri pazienti. Incuriositi dalla velocità di perfezionamento della rete e partendo dalle oramai obsolete piattaforme digitali, abbiamo voluto dare uno sguardo più largo sul quel territorio determinato da una emancipazione digitale fatta di interconnettività.

Questo nostro lavoro, nato dalla collaborazione tra un "immigrato digitale" (nati tra 1946 e il 1964) e una "nativa digitale" (nati tra il 1980 e 1995), ci ha in primis fatto riflettere sul gap generazionale e al contempo ci ha stimolato una curiosità immersiva circa le nuove possibilità che

potranno aprirsi anche nelle professioni che riguardano il mentale.

Il rapporto uomo-macchina ha da sempre creato perplessità in quanto oscillante tra entusiasmi e preoccupazioni e in effetti questo rapporto è fondato su un fragile equilibrio.

I decantati benefici offerti da questo dedalo informatico cui tutti abbiamo accesso, a volte anche senza farci troppo caso in quanto coinvolti dal suo potere facilitante, ci spinge sempre di più dentro una frenetica velocizzazione dei ritmi, annullando la lentezza del pensiero.

La dipendenza passiva da qualunque tecnologia che attui l'incorporazione uomo-macchina, ma anche da semplici programmi che ci permettono di risolvere, in tempi rapidissimi qualsiasi problema senza un nostro sforzo mentale né decisionale, sicuramente qualche problema che riguarda il nostro cervello cognitivo ed emozionale, potrebbe nel tempo farlo emergere.

Proprio per questo non è possibile non pensare a costruire un ponte dialogante che connetta il mondo delle nuove tecnologie con le neuroscienze.

Un territorio di confine da esplorare.

Siamo osservatori attenti sulla facilità del come la vita *online* possa mettere a disposizione un'esperienza diversa da sé e di conseguenza l'esperienza di una pericolosa scissione tra una personalità *online* rispetto alla propria personalità *offline*. Non va demonizzato il futuro ma va visto e vissuto con attenzione.

Fortunatamente la nostra idea di mondo non è data da un *cervello immerso in una vasca* seppur nutrito e connesso ad un grande computer per fargli vivere unicamente una realtà simulata, al contrario la nostra idea di mondo è costruita attraverso la nostra intelligenza corporea (intelligenza incarnata) che è ben altra cosa

del *cervello in una vasca* di Putnam.

La recente notizia proveniente dalla Cina, più precisamente da Shanghai Pudong, circa l'impiego del primo giudice-robot, ha creato già allarme tra gli addetti.

Il software, del giudice-robot, si basa su una casistica di oltre 17mila casi in un arco temporale che va dal 2015 al 2020. L'algoritmo cui il software è agganciato sarebbe in grado di formulare un'accusa con una precisione superiore al 97%.

Il lato positivo è che l'intelligenza artificiale non ha alcun ruolo decisionale in punto di condanna, in quanto svolge esclusivamente una funzione di aiuto al giudice al quale resta la decisione finale (Informare on line di Ilaria Ainora 03/01/2022).

Gli algoritmi e i sistemi di I.A. stanno entrando, da tempo, nelle nostre vite e il timore di un mondo controllato dalle macchine come l'essere analizzati e controllati dagli algoritmi può, giustamente, spaventarci al contempo c'è evidenza di quanto l'I.A. rappresenti un incredibile supporto per tante attività operazionali, aiutando l'essere umano a farle meglio e in tempi rapidissimi, grazie alla sconfinata capacità di calcolo; vanno però posti dei paletti su molti aspetti finalizzati a garantire ancor di più la libertà individuale che sembra stia un po' vacillando nel suo fondamento concettuale.

Cina e Usa sono decisamente molto più avanti rispetto all'Europa sulle tecnologie digitali, ma è l'Unione Europea che per prima si è preoccupata dei principi etici e della possibile violazione dei diritti umani, determinata da un uso senza regole della I.A.

Il Parlamento Europeo, infatti, il 21 aprile 2021 ha emanato la "Proposta di Regolamento", mentre il Consiglio d'Europa, che già il 4 dicembre 2018 aveva pubblicato, la "Carta Etica Europea per l'uso dell'Intelli-

genza Artificiale nei sistemi di giustizia penale e nei relativi ambienti", nel 2020, ha dato seguito con uno "Studio di fattibilità di un nuovo quadro normativo sulla concezione, lo sviluppo e l'applicazione dei sistemi di Intelligenza Artificiale" elaborato dal Comitato ad hoc sull'Intelligenza Artificiale del Consiglio d'Europa (Agnoli F.M. 2022).

• CONCLUSIONI

Tutti noi, in un qualche momento di riposo del pensiero, almeno una volta ci siamo fatti una domanda: *come sarà il dopo?* Come sarà questo mondo che sembra procedere a due velocità?

Dove una parte di mondo è ritmata quanto illusa da una smisurata offerta (anche dell'inutile) e una parte di mondo che dialoga con la povertà, la fame e le malattie. Come sarà il nostro "dopo" come terapeuti? Avremo la voglia e la capacità di guardare il mondo con *occhi nuovi* come ci sugge-

riva non solo Erikson, ma anche Matisse "Vedere è già un atto creativo che richiede impegno. (...) e questo coraggio non può mancare all'artista, che deve vedere ogni cosa come fosse la prima volta" (Intervista di Régine Pernoud)

Che modalità relazionali, che varietà e proprietà di linguaggio, che senso del reale e valoriale avranno i giovanissimi cresciuti a merendine e chat?!

Collegati ma sconnessi.

Come impatterà la tecnologia digitale nel rapporto terapeuta-paziente?

Ritourneremo mesti al chiuso degli ambulatori o delegheremo il nostro compito alla *collega Sophie*, androide sociale con il volto Audrey Hepburn?

Faremo una psicoterapia tra avatar?

Di fronte a tali interrogativi, possiamo trovare conforto su ciò che Rosenzweig nel 1936 chiamò il *verdetto del dodo*?

Saul Rosenzweig usò il termine *dodo bird verdict* per affermare l'uguale efficacia di ogni tipo di psicoterapia, in quanto, l'ef-



ficacia del trattamento va oltre ad ogni specifica tecnica psicoterapica usata. In un mondo a cavallo tra post-umano e trans-umano, necessariamente dovremmo *ri-crearci* come terapeuti, a nostro vantaggio va il fatto che siamo sistemici e quindi allenati al cambiamento.

Saremo in grado di partecipare allo sviluppo dell'on-line ma ci piacerà anche l'off-line o meglio il *vis a vis* con i nostri pazienti, con le nostre famiglie che forse saranno quelle che apriranno la strada per qualcosa di diverso.

Arroccarsi su rigide posizioni difensive servirà solo a frantumarci come umani ma anche come terapeuti, sicuramente le nuove tecnologie ci apriranno mondi inimmaginabili anche se l'interrogativo di come potranno conciliarsi posizioni di mondo estreme dove da una parte è presente un'accelerazione dei consumi e dall'altra una povertà dilagante causata da una inumana carestia, dalla non possibilità di cura, da una invisibilità.

La tecnologia sarà al nostro servizio o ne saremo vittime?

Stephen Hawking, nel suo intervento alla conferenza Zeitgeist tenutosi a Londra 12 Maggio 2015 disse: (...) *L'intelligenza artificiale potrà essere in futuro la cosa migliore, o peggiore, che sia mai successa all'umanità. Starà a noi decidere in quale direzione svilupparla (...).*

Proprio da questa finestra sulle indiscusse quanto preoccupanti nuove possibilità relazionali degli umani, immersi in spazi virtuali e nell'ibridazione uomo-macchina, si apre un affascinante ambito di studio e ricerca.

Sicuramente queste nuove frontiere tecnico preparano il terreno per nuovi studi sulla neuroplasticità, sull'epigenetica e ultima ma non ultima sulla psicologia molecolare.

Per attraversare quest'area critica sarà uti-

le costruire un legame ancora più forte tra vecchi e nuovi psicoterapeuti, tra la storia passata e ciò che prospetticamente è avanti per trovare connessioni di senso dentro questa complessità evolutiva. Bateson ci suggerirebbe di recuperare una visione complessa, interconnessa, ecosistemica oltre che mentale per il raggiungimento di nuovi equilibri.

BIBLIOGRAFIA

Agnoli F. M. (2022) *Ancora sulle nuove frontiere dell'intelligenza artificiale: macchina delinquere non potest?* Articolo su Centro Studi Livatino <https://www.centrostudilivatino.it>

Asby W. Ross (1971), *Introduzione alla cibernetica*. Torino: Giulio Einaudi

Cerutti M. (2006), *La danza che crea*. Milano: Feltrinelli /Campi del sapere

Caronia A. (1996), *Il corpo virtuale*. Padova: Franco Muzzio

Clay J.M., Parker M.O. (2020) *Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis?* The Lancet Public Health, Submit ArticleLog in Register CORRESPONDENCE| VOLUME 5, ISSUE 5, E259, MAY 01, 2020 Open Access Published: April 08, DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30088-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30088-8)

David Leavitt (2007), *L'uomo che sapeva troppo. Alan Turing e l'invenzione del computer*. Torino: Codice Edizioni

Del Rio et al. (2020) cit. da Di Cesare G., Panaccione I. (2021), *Erranza del Sintomo e Crisi identitaria*. Psicobiettivo n.3. ISSN 0392-2952. Milano: Franco Angeli

Erickson H.Milton (1987), *La mia voce ti accompagnerà*. Roma: Astrolabio Ubaldini

Fabbri D. (1990), *La memoria della regina*. Milano: Guerrini & Associati

Farruggia F., Foschi D. (2021), *Giovani e new media*. Roma: IRIAD Review N.07 speciale.

Fiorillo et all. (2020), *The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial*. Front. Psychiatry, 05 June 2020

Sec. Public Mental Health <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00533>

Fukuyama F. (2002), *L'uomo oltre l'uomo: le conseguenze della rivoluzione biotecnologica*. Milano: Mondadori,

Hillman J. (2004), *L'anima dei luoghi*. Truppi C. Milano: Rizzoli

Horton R. (2020), *Offline: A global health crisis? No, something far worse*. The Lancet May 2; 395 PubMed gov

Mastisse H. (1953), *Il faut regarder toute la vie avec des yeux d'enfant*. Intervista di Pernoud R., Parigi: Le Courrier de l'UNESCO, VI, 10, p. 16,

Maturana H.R., Varela F.J. (1992), *Macchine ed esseri viventi. L'autopoiesi e l'organizzazione biologica*, tr. Orellana A., Roma: Astrolabio Ubaldini

Migone P. (2003) *La psicoterapia con Internet*. In: Psicoterapia e Scienze Umane, XXXVII, 4: 57-73

Northoff G. (2021), *Il codice del tempo*. Bologna: Il Mulino Saggi

Onnis L., (2004) *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*, Milano: Franco Angeli

Platone (2007) *La Repubblica*. (a cura di) Vegetti M. Ed. BUR

Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. (2020), *A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendation*, General Psychiatry Mar 6;33 PubMed.gov

Turing A.M. (1950), *Computing machinery and intelligence*. Archiviato il 2 luglio 2008 in Internet Archive, in Mind, 59, pp. 433-460, 1950. URL consultato il 12-12-2009.

Turing, A.M. (1994), *Intelligenza meccanica*. (a cura di Lolli G., Torino: Bollati Boringhieri, (ristampa 2007).

Whitaker C. A., Bumbery. M. (1989) *Danzando con la famiglia. Un approccio simbolico-esperienziale* Roma: Astrolabio Ubaldini

Waldrop M. M. (1995), *Complessità uomini e idee al confine tra ordine e caos*. Trad. Sosio L., Torino: Instar Libri

Zuboff S. (2019), *Il capitalismo della sorveglianza*. Roma: Luiss University Press

Mentalizzazione e fallimenti

La funzione contenitrice e riflessiva del gruppo terapeutico

Isabella Mazzocchi

Psicologa Clinica iscritta nell'Albo degli Psicologi A, Regione MARCHE, numero 03696

ABSTRACT

Questo elaborato approfondisce il costrutto della mentalizzazione, esplorandone le radici nella teoria dell'attaccamento e il suo ruolo nei processi psicopatologici, in particolare nel disturbo borderline di personalità. Dopo un'analisi dello sviluppo della funzione riflessiva e delle modalità prementalizzanti, viene presentato il trattamento basato sulla mentalizzazione (MBT), con un focus sulla sua applicazione in setting di gruppo (MBT-G). Il gruppo terapeutico viene analizzato anche come contenitore emozionale, secondo la prospettiva bioniana, e come spazio intersoggettivo capace di favorire la regolazione affettiva e il miglioramento della funzione riflessiva. Evidenze empiriche e una riflessione clinica finale mostrano il potenziale del gruppo nell'incrementare la capacità di mentalizzare e offrire supporto terapeutico nei disturbi di personalità.

INTRODUZIONE

L'elaborato propone un approfondimento sul concetto di mentalizzazione,

esplorato nel suo sviluppo teorico e clinico a partire dai contributi di autori come Anna Freud, Klein, Bowlby e Ainsworth. Il primo capitolo presenta la mentalizzazione come capacità fondamentale per la regolazione affettiva, connessa allo sviluppo del sé e alla qualità delle relazioni di attaccamento. Si analizzano i meccanismi prementalizzanti, i fallimenti del rispecchiamento e il disturbo borderline



di personalità, illustrandone la struttura nosografica e il trattamento MBT.

Nel secondo capitolo si affrontano le origini e l'evoluzione della terapia di gruppo, con particolare attenzione al ruolo di pionieri come Foulkes, Bion e Lewin. L'analisi si concentra sulla funzione contenitiva del gruppo, concettualizzata come dispositivo terapeutico in grado di trasformare e restituire stati mentali grezzi e disorganizzati, contribuendo alla costruzione del sé.

Il terzo capitolo integra i temi precedenti, illustrando il modello MBT-G come possibile strumento terapeutico per i pazienti borderline. Attraverso una rassegna di studi e un'analisi clinica, viene evidenziato come il gruppo possa costituire un ambiente favorevole allo sviluppo della mentalizzazione e alla regolazione degli affetti. L'obiettivo finale è proporre una riflessione sull'efficacia del trattamento basato sulla mentalizzazione anche in contesti gruppal, ponendo le basi per una possibile integrazione tra approcci clinici differenti.

CAPITOLO 1

CAPITOLO 1.1

La capacità di mentalizzazione: cos'è, come si sviluppa e la sua importanza

Il concetto di **mentalizzazione** nasce dalla psicoanalisi (Marty & De M'Uzan, 1963), si sviluppa nella ricerca sull'attaccamento all'**Anna Freud Centre** di Londra e si integra nel panorama neuroscientifico a partire dagli anni '80. Il termine viene usato per la prima volta nel 1989 da **Fonagy, Steele, Moran e Higgett**, in studi sui pazienti borderline (Bergamaschi, 2014), influenzati dalla teoria della mente. Fonagy e Bateman (2006)

definiscono la mentalizzazione come la capacità di comprendere le azioni proprie e altrui alla luce di stati mentali come desideri, emozioni e credenze.

Lo sviluppo della mentalizzazione è legato alle **relazioni di attaccamento**: il bambino ha bisogno che il caregiver rifletta accuratamente i suoi stati mentali per costruire un senso di sé come soggetto dotato di intenzionalità. È una funzione preconsa che implica un'attività immaginativa e una distinzione tra mondo interno e realtà esterna (Fonagy & Target, 2007).

Secondo Luyten e Fonagy (2015), la mentalizzazione si struttura su quattro **polarità neurobiologiche**:

1. **Sé vs Altro**: riguarda la capacità di comprendere sé stessi e gli altri, fondata sull'interazione con menti più mature (Fonagy & Target, 2007).
2. **Cognitivo vs Affettivo**: il primo coinvolge la riflessione astratta, il secondo processi automatici ed empatici, con aree cerebrali diverse.
3. **Implicito vs Esplicito**: il primo è automatico e non conscio, il secondo riflessivo e consapevole.
4. **Interno vs Esterno**: riguarda l'integrazione tra stati mentali interni e segnali esterni come espressioni facciali e postura.

Un buon funzionamento mentale deriva dall'equilibrio tra queste polarità (Colli, 2016). In contrasto con la visione cartesiana di un accesso diretto e infallibile alla mente (Fonagy et al., 2005), la mentalizzazione è vista come **capacità evolutiva** che si costruisce nel tempo, in relazione all'altro e attraverso la **regolazione affettiva**.

Secondo **Fonagy et al. (2005)**, una parte essenziale di questa capacità è l'**affettività mentalizzata**, articolata in tre domini:

- **Identificare le emozioni**: saperle rico-

noscere e comprendere nel contesto relazionale.

- **Modularle:** regolarne l'intensità e riformularne il significato.
- **Esprimerle:** capacità resa possibile dai due passaggi precedenti (Allen, Fonagy, Bateman, 2010).

Una buona mentalizzazione permette di attribuire senso al comportamento proprio e altrui, proteggendo dalla traumatizzazione. Come osserva **Baldoni (2013)**, una carente capacità mentalizzante espone a maggiore vulnerabilità in situazioni di abuso o violenza.

Infine, **Fonagy et al. (2010)** sostengono che la mentalizzazione è la funzione che unifica la mente e crea il Sé all'interno delle relazioni, specialmente quelle di attaccamento.

CAPITOLO 1.2

Mentalizzazione, funzione riflessiva e attaccamento

La **funzione riflessiva** è l'abilità mentale che permette di mentalizzare (Fonagy & Target, 1997), ossia di attribuire significati agli stati mentali altrui. In uno studio del 1997, Fonagy e Target esplorano la relazione tra **attaccamento** e sviluppo della mentalizzazione, proponendo un modello secondo cui la comprensione della posizione intenzionale del bambino da parte del caregiver è centrale.

I bambini imparano a rappresentare sé stessi e gli altri attraverso esperienze relazionali passate. Lo sviluppo attraversa varie fasi: dalla percezione dell'altro come agente fisico, alla comprensione **teleologica** delle azioni, fino alla costruzione di una **teoria della mente** rappresentazionale, a partire dal terzo anno di vita (Allen et al., 2010).

La qualità dell'attaccamento è quindi cruciale per lo sviluppo della mentalizzazione. Secondo **Bowlby (1999)**, l'essere

umano ha una predisposizione innata a formare legami di attaccamento. Le figure genitoriali offrono una **base sicura**, concetto sviluppato da **Mary Ainsworth**, essenziale per permettere al bambino di esplorare il mondo.

Negli studi di **Ainsworth et al. (1978)** e in particolare nella **"strange situation"** (Ainsworth, 1969; Ainsworth & Bell, 1970; Ainsworth et al., 1985), si evidenziano tre **stili di attaccamento**:

- **Sicuro (B):** i bambini mostrano fiducia e capacità di esplorare; le madri sono sensibili e responsivi.
- **Ansioso-evitante (A) e ansioso-ambivalente (C):** caratterizzati da maggiore ansia, pianto e proteste, e da un comportamento meno adattivo.

Secondo **Ainsworth (1985)**, i bambini dei pattern A e C sono attaccati ma in modo ansioso, e i loro comportamenti difensivi li rendono meno propensi a modificare le aspettative negative sulle relazioni. Il modello evitante è particolarmente resistente al cambiamento perché il bambino evita proprio quelle esperienze che potrebbero modificare il suo modello interno.

La capacità di mentalizzazione, quindi, si evolve nel contesto di relazioni significative e risente di fattori evolutivi, come l'allungamento dell'infanzia e l'intensificazione della cura genitoriale. **Fonagy e Target (1997)** sottolineano il ruolo del **mirroring** contingente del caregiver, essenziale per la scoperta e la regolazione degli stati mentali.

Infine, **Fonagy et al. (2005)** osservano che la relazione madre-bambino costituisce un sistema comunicativo affettivo, dove la madre modula gli stati affettivi del bambino. L'attaccamento è stato selezionato dall'evoluzione come **principale contesto per lo sviluppo della mentalizzazione**, dato che promuove empatia, reciprocità e relazioni sociali sane.

CAPITOLO 1.3

I fallimenti della mentalizzazione e della funzione riflessiva

Lo sviluppo della mentalizzazione dipende dalla qualità delle relazioni di attaccamento infantili, in particolare dal modo in cui i caregiver riescono a comprendere e rispecchiare adeguatamente gli stati mentali del bambino (Allen, Fonagy & Bateman, 2010). Gli autori sottolineano come fattori traumatici, carenze affettive o interazioni complesse tra ambiente e vulnerabilità individuale possano ostacolare tale sviluppo, favorendo l'insorgere di disturbi della personalità, come il **disturbo borderline**.

Tabella 1.1 Ipotesi di sviluppo

<i>Manifestazione dei sintomi stadio-specifica:</i> i sintomi della malattia si manifesteranno in modo diverso nei vari periodi di sviluppo.
<i>Impatto del deficit stadio-specifico:</i> un'influenza specifica può essere critica in un certo stadio dello sviluppo, ma conta meno in altre fasi; in concomitanza, l'impatto di un deficit specifico si riferisce alla fase di sviluppo del bambino.
<i>Precursori multipli della capacità di mentalizzazione:</i> una capacità complessa come la mentalizzazione avrà più componenti, e ciascuna componente avrà i suoi precursori evolutivi, i suoi meccanismi di mediazione e le relative strategie compensative.
<i>Disturbi relativi ai compiti di sviluppo:</i> le determinanti contestuali modereranno il rapporto dei fattori di rischio e dei risultati patogeni, e quindi lo sviluppo atipico della personalità può essere identificato solo considerando le difficoltà di negoziazione evolutivamente appropriate e i compiti normativi che abbiano rilevanza per il BPD.
<i>Modelli di disturbo e di recupero:</i> dato ciò che sappiamo circa il corso naturale del BPD, e in particolare il suo carattere potenzialmente reversibile, il modello dinamico deve spiegare non solo la comparsa del disturbo ma anche il processo spontaneo e talvolta drammatico- di recupero.

Allen, Fonagy & Bateman, 2010, p.287

Colli (2016) identifica **tre modalità di pensiero prementalizzante**, tipiche dell'infanzia ma che possono riemergere nell'adulto in situazioni stressanti:

1. Modalità **teleologica**: gli stati mentali

sono tradotti solo in azioni concrete; conta solo l'effetto fisico, non l'esperienza interna.

2. **Equivalenza psichica**: ciò che si pensa è vissuto come reale; non si distingue tra pensiero e realtà (es. flashback, sogni, deliri).

3. **Modalità del far finta**: gli stati mentali sono separati dalla realtà, ma vissuti come non autentici; nei bambini è funzionale al gioco simbolico, nell'adulto può diventare **pseudomentalizzazione**.

Le **forme di pseudomentalizzazione** individuate da Allen, Fonagy e Bateman (2010) e da Colli (2016) sono:

- **Intrusiva**: si presume di sapere con certezza cosa provano gli altri.
- **Iperattiva**: simile all'intrusiva, ma senza reale interesse per l'altro.
- **Distruittivamente impropria**: si impone una propria versione dei sentimenti altrui, negandoli.

Se durante lo sviluppo queste modalità non si integrano in una mentalizzazione matura (che inizia a stabilizzarsi tra i 5 e i 6 anni), può derivarne un funzionamento psichico compromesso. Tuttavia, anche in presenza di traumi, non tutti sviluppano manifestazioni patologiche: la presenza di un attaccamento sicuro rimane un fattore protettivo centrale.

Secondo **Fonagy et al. (2005)**, nella fase precoce dello sviluppo, i bambini alternano modalità prementalizzanti finché, se adeguatamente supportati, riescono a integrarle nella mentalizzazione. In caso contrario, si forma un **"sé alieno"**: il bambino interiorizza la rappresentazione dello stato mentale del genitore come parte propria, a causa della mancanza di simbolizzazione. Questo sé alieno, inizialmente gestito con l'esternalizzazione, può essere integrato in modo illusorio con lo sviluppo della mentalizzazione, dando origine a un falso senso di coesione.

Il **fallimento del rispecchiamento genitoriale** può quindi portare a un disturbo della coesione del Sé e alimentare, in età adulta, meccanismi difensivi come l'**identificazione proiettiva**, con cui il soggetto esternalizza aspetti del sé alieno per gestirli.

In situazioni traumatiche, come abusi infantili, il bambino può interiorizzare l'aggressore come parte del proprio sé, pur di non perdere il legame affettivo, anche maltrattante. In questo modo si protegge dall'angoscia di sentirsi non amato e dalla realtà intollerabile di un genitore abusivo. Questo meccanismo viene descritto in modo approfondito da **Eagle (2012)**, che sottolinea come la paura di un vuoto interno, privo di legami oggettuali, porti il bambino maltrattato a **idealizzare il genitore** abusante e a **ritenersi "cattivo"**. Abbandonare questa idealizzazione equivarrebbe, per il bambino, a perdere ogni speranza di ricevere amore.

Tale dinamica può portare a un blocco evolutivo della mentalizzazione, a un'inibizione del funzionamento riflessivo e all'interiorizzazione della volontà dell'aggressore come parte dissociata e distruttiva del sé (Fonagy et al., 2005; Colli, 2016). Il risultato di un attaccamento traumatico è un **ritiro difensivo dalla dimensione mentale**, con un circolo vizioso in cui il bambino percepisce la **minaccia come interna** e proveniente dal proprio Sé. Questo lo porta spesso a un **odio profondo verso sé stesso**, aggravando la disorganizzazione affettiva e relazionale.

CAPITOLO 1.4

Il trattamento basato sulla mentalizzazione (MBT) e il disturbo borderline di personalità

L'**MBT (Mentalization Based Treatment)** è un trattamento manualizzato ed empiricamente validato, particolarmente

efficace nei casi di **disturbo borderline di personalità**. È stato sviluppato da **Allen, Fonagy e Bateman (2010)**, i quali sottolineano che il modello può essere integrato con vari orientamenti teorici e praticato da professionisti di diverse formazioni, purché il focus resti sulla promozione della capacità di mentalizzazione del paziente. Tra i **principi fondamentali** troviamo:

- **Mantenere una posizione di "non conoscenza"**: il terapeuta non deve porsi come colui che sa, ma piuttosto stimolare il paziente ad esplorare i propri stati mentali e quelli altrui. Questa posizione favorisce un clima collaborativo e riduce la dipendenza dal terapeuta.
- **Facilitare l'esplorazione soggettiva**: l'obiettivo è incoraggiare il paziente a riflettere sui propri pensieri, sentimenti e motivazioni. Il terapeuta deve evitare interpretazioni premature e lasciare spazio all'emergere spontaneo di significati personali.
- **Assumere un atteggiamento emotivo equilibrato**: il terapeuta deve evitare sia il distacco eccessivo, che potrebbe essere vissuto come abbandono, sia un coinvolgimento troppo intenso, che può attivare dinamiche di fusione o paura della perdita di controllo. Un equilibrio tra empatia e contenimento è fondamentale.
- **Utilizzare interventi semplici e diretti**: l'obiettivo non è dimostrare profondità teorica o analitica, ma **adattare il linguaggio e la complessità degli interventi al livello di mentalizzazione del paziente**. Gli interventi dovrebbero essere comprensibili, concreti e focalizzati sul presente.
- **Rispecchiare le emozioni del paziente in modo contingente**: il terapeuta deve riflettere al paziente le sue emo-



zioni **nel momento in cui emergono**, aiutandolo a riconoscerle e nominarle, senza distorsioni o proiezioni.

- **Allenare alla prospettiva multipla**: il paziente borderline tende ad assumere posizioni rigide o polarizzate. Il terapeuta deve quindi **stimolare il passaggio da una visione assoluta a una più sfumata**, aiutandolo a considerare alternative interpretative e a vedere le situazioni anche dal punto di vista degli altri.
- **Riconoscere i propri limiti terapeutici**: ammettere di non sapere o di aver commesso un errore non mina la posizione del terapeuta, anzi, **modella una modalità autentica e mentalizzante di stare in relazione**, e rafforza l'alleanza.

- **Coinvolgere il paziente nel processo terapeutico**: anziché assumere una posizione direttiva, il terapeuta dovrebbe valorizzare la collaborazione, **chiedendo il punto di vista del paziente**, co-costruendo il significato degli eventi e delle reazioni.
- **Esplorare attivamente le reazioni del paziente ai fallimenti terapeutici**: quando si verificano errori, incomprensioni o frustrazioni, è importante **utilizzarli come opportunità clinica** per esplorare i processi mentali coinvolti, favorendo così l'autoriflessività.
- **Ridefinire gli obiettivi terapeutici alla luce della mentalizzazione**: il focus non è tanto risolvere i sintomi quanto **rafforzare la capacità del**

paziente di comprendere sé stesso e gli altri in termini di stati mentali, affinando progressivamente questa abilità nelle varie aree della sua vita.

Il terapeuta deve **ridefinire gli obiettivi del trattamento**, mettendo al centro la **capacità di mentalizzazione**, affrontando le difficoltà e **mantenendo il focus sui processi mentali propri e del paziente** (Allen et al., 2010). Inoltre, è essenziale costruire un'**alleanza terapeutica solida**, saper affrontare le rotture dell'alleanza e prestare particolare attenzione alla relazione paziente-terapeuta.

La terapia deve **riprodurre una relazione di attaccamento "sicura"**, poiché è solo in questo tipo di legame che la mentalizzazione può svilupparsi (Fonagy et al., 2005). Tuttavia, per pazienti borderline, la vicinanza mentale può essere percepita come una minaccia, e il terapeuta può essere bersaglio di attacchi o difese intense. In tali situazioni, è fondamentale che il terapeuta **resti presente senza farsi sopraffare**, fungendo da **contenitore della parte aliena** del Sé del paziente.

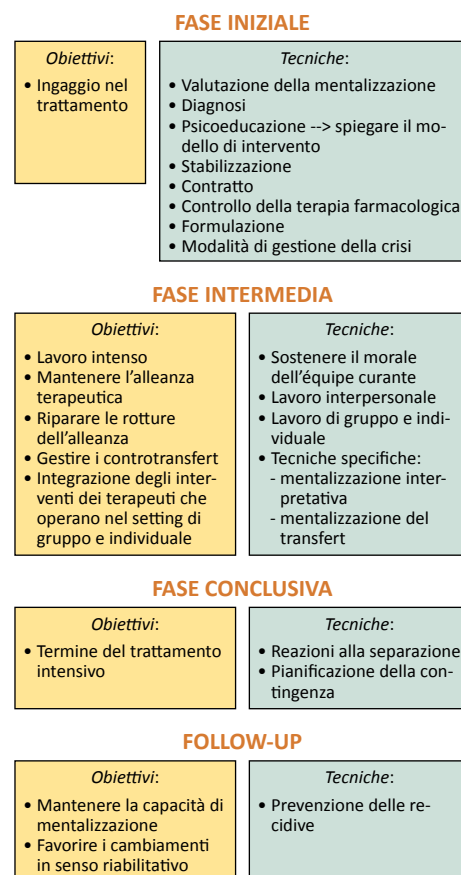
Come osservano Fonagy et al. (2005), se il terapeuta riesce a mantenere la sua posizione mentalizzante, può aiutare il paziente a **ritrovarsi nella mente dell'altro** come essere pensante e senziente, facilitando l'integrazione di questa immagine all'interno della propria rappresentazione del Sé.

Bateman e Fonagy (2004a, in Colli, 2016) descrivono il percorso MBT articolato in **quattro fasi**:

1. **Fase iniziale**: costruzione dell'alleanza terapeutica e condivisione del modello di lavoro.
2. **Fase intermedia**: lavoro attivo sulla mentalizzazione, esplorazione delle relazioni, delle emozioni e dei pensieri.
3. **Fase conclusiva**: integrazione delle

competenze acquisite e preparazione alla chiusura.

4. **Follow-up**: monitoraggio della stabilità dei risultati nel tempo.



L'MBT nasce come trattamento per pazienti con **disturbo borderline di personalità (DBP)**, caratterizzati da un'instabilità marcata delle relazioni e da una **perdita della capacità di mentalizzazione** in condizioni di stress, in particolare nei contesti relazionali e di attaccamento. Secondo **Bateman e Fonagy (2013)**, questi pazienti adottano strategie di attaccamento disfunzionali che compromettono la loro capacità riflessiva e influenzano negativamente le interazioni sociali.

Una vasta letteratura clinica evidenzia una **forte correlazione tra DBP e traumi infantili**, come abusi psicologici, fisici, trascuratezza o la presenza di genitori affetti da gravi disturbi mentali. I pazienti borderline sperimentano **vuoto interiore, impulsività marcata, rabbia intensa** e relazioni interpersonali instabili, dominate da **polarizzazioni** tra idealizzazione e svalutazione, con una forte **dipendenza affettiva** e una **reazione disperata all'abbandono**, reale o percepito (Corbelli, 2016).

Tra le manifestazioni più gravi troviamo **condotte autolesive, tentativi di suicidio** e una vulnerabilità emotiva profonda. Il **10% dei pazienti borderline muore per suicidio**, e tra i **fattori di rischio** principali vi sono (D'Agostino, 2016):

- storia di autolesionismo;
- impulsività e aggressività;
- senso di **helplessness** (mancanza di speranza);
- sfiducia interpersonale;
- rigidità cognitiva;
- capacità pianificatoria nella messa in atto del gesto;
- isolamento sociale;
- difficoltà relazionali;
- **abuso di sostanze**.

La forma più diffusa di **autolesionismo** nei pazienti borderline è di tipo **superficiale o moderato**, suddivisa in:

- **condotte compulsive** (es. strapparsi i capelli, mangiarsi le unghie fino al sanguinamento);
- **condotte impulsive** (es. tagli, bruciature, ferite autoindotte), che possono essere episodiche o ripetitive.

Secondo **Rossi Monti e D'Agostino (2009)**, l'autolesionismo risponde a diversi **organizzatori di senso**:

1. **Concretizzare**: rendere fisica un'angoscia interiore.
2. **Punire – Estirpare – Purificare**: eliminare la parte "cattiva" di sé.

3. **Regolare la disforia**: calmare emozioni angoscienti, ricercando sensazioni forti.

4. **Comunicare senza parole**: esprimere sofferenze non verbalizzabili.

5. **Costruire una memoria di sé**: incidere sulla pelle emozioni o eventi.

6. **Volgere in attivo/Cambiare pelle**: trasformare passività e impotenza in azione.

Questi organizzatori possono coesistere e combinarsi. Tre assi psicopatologici ricorrono spesso nei pazienti suicidari o parasuicidari: **vergogna/colpa, disforia/vuoto, hopelessness/helplessness** (D'Agostino, 2016).

• **Inquadramento nosografico**

Il **DSM-5 (APA, 2014)** richiede la presenza di almeno **5 dei seguenti 9 criteri** per diagnosticare il DBP:

1. Paura intensa dell'abbandono (reale o immaginato);
2. Relazioni instabili e intense;
3. Instabilità dell'identità;
4. Impulsività in aree dannose;
5. Gesti o minacce suicidarie, autolesionismo;
6. Instabilità affettiva;
7. Sentimenti cronici di vuoto;
8. Rabbia intensa e difficoltà nella gestione;
9. Sintomi dissociativi o ideazione paranoide transitoria.

Il disturbo esordisce in **prima età adulta** e il decorso varia. Il rischio suicidario tende a diminuire con l'età. I pazienti in trattamento mostrano miglioramenti già nel primo anno. **Studi di follow-up a 10 anni** indicano che almeno la metà non soddisfa più i criteri diagnostici per il DBP (APA, 2014).

• **Visione psicodinamica**

Kernberg ha distinto il concetto di **di-**



disturbo di personalità (DSM) da quello di **organizzazione borderline di personalità (OBP)**, di matrice psicoanalitica (PDM-2, 2018). Secondo il **Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2, 2018)**, la personalità si distribuisce lungo un continuum: sano, nevrotico, borderline, psicotico. Le OBP presentano una **diffusione dell'identità**, un sé frammentato e instabile, con compromissioni nel riconoscimento degli stati mentali altrui e difficoltà nel mantenere un esame di realtà adeguato (Colli, 2016).

Per la diagnosi strutturale dell'organizzazione borderline si valutano:

- **Identità**
- **Esame di realtà**
- **Meccanismi di difesa**
- **Relazioni oggettuali**
- **Funzionamento morale**

Lo **strumento clinico** usato è l'**IPO – Structured Interview for Personality Organization** (Clarkin, Kernberg, Folsch, 2001). I soggetti con OBP mantengono un esame di realtà relativamente integro ma utilizzano **difese primitive** (scissione, proiezione, diniego, svalutazione) e presentano una **marcata diffusione dell'identità**.

È importante distinguere tra **organizzazione borderline di personalità (OBP)** e **disturbo borderline di personalità**

(DBP): il secondo può derivare dal primo, ma non sono sinonimi.

Il primo capitolo ha illustrato come lo sviluppo della **mentalizzazione** sia radicato nelle prime relazioni di attaccamento e dipenda da un'adeguata **base sicura** e da un **rispecchiamento emotivo** efficace. La capacità di attribuire stati mentali a sé e agli altri è cruciale per l'auto-organizzazione.

I disturbi dell'attaccamento, soprattutto se associati a **traumi, abusi** o a **vulnerabilità genetiche**, possono interrompere questo sviluppo e generare difficoltà persistenti nella regolazione emotiva e nella comprensione degli altri, come avviene nel disturbo borderline di personalità.

CAPITOLO 2

CAPITOLO 2.1

I pionieri delle terapie di gruppo: Foulkes, Bion e Lewin

Lo sviluppo della psicoterapia ha visto un'evoluzione dal setting individuale a quello **gruppoale**, sulla base del riconoscimento che ogni individuo è, sin dalla nascita, immerso in un contesto sociale. Questo principio, già affermato da **Aristotele** nel IV secolo a.C., secondo cui l'uomo è "un animale sociale", è stato ripreso e approfondito in ambito psicoanalitico da **Freud**. In *Psicologia delle masse e analisi dell'io* (1995), egli sostiene che "l'altro rappresenta sempre un modello, un oggetto, un amico od un nemico, e sin dall'inizio la psicologia individuale è anche [...] una psicologia sociale" (Freud, 1995, p. 17).

Tuttavia, Freud si rifà anche a **Le Bon**, e alla sua idea della massa come luogo dove l'individuo rinuncia alle proprie idee e pulsioni per conformarsi, in un

contesto dominato dall'affettività e dall'inibizione del pensiero.

Le **due guerre mondiali** furono un terreno fertile per lo sviluppo della psicoterapia di gruppo. In questo contesto emergono tre figure fondamentali: **Foulkes**, **Bion** e **Lewin**, accomunati dall'interesse per le dinamiche collettive, la tensione tra bisogni individuali e sociali, e tra strutture autoritarie e democratiche (Ettin et al., 1997).

• Foulkes e la gruppoanalisi

S.H. Fuchs, poi **Michael Foulkes**, è considerato il **fondatore della gruppoanalisi**. Lavorando con pazienti psichiatrici in comunità terapeutiche, considera la malattia psichiatrica come un problema **"organizzativo"**, ovvero un disturbo delle reti relazionali in cui il soggetto è immerso (Ettin et al., 1997). Foulkes descrive il gruppo attraverso una **metastruttura**, fatta di elementi manifesti (numero dei partecipanti, spazi, tempi) e di una parte latente, la **rete**, in cui ogni individuo è connesso in modo dinamico agli altri membri. La **rete** permette al gruppo di diventare un vero **spazio transferale** (Aceti et al., 2013).

In questa prospettiva, i disturbi del singolo sono il riflesso di problematiche sociali e culturali (Neri, 1993), e il lavoro clinico si basa su un'impostazione **bottom-up**: sono i membri del gruppo a condurre le dinamiche, mentre il terapeuta assume una posizione defilata, detta **"leading from behind"** (Ettin et al., 1997, p. 331).

• Bion e gli assunti di base

Il contributo di **Wilfred Bion** si fonda sull'idea che il gruppo vada concepito come una **entità unica**, in cui l'individuo rinuncia a parte della propria identità per permettere l'emergere del **transfert gruppale** (Andreassi, 2010).

Nel suo testo *Esperienze nei gruppi* (1962), Bion descrive tre **assunti di base**:

1. **Dipendenza**: aspettativa irrazionale verso il leader, percepito come unico responsabile del benessere del gruppo;
2. **Attacco-fuga**: il gruppo individua un nemico e si organizza per combatterlo o evitarlo;
3. **Accoppiamento**: attesa passiva di un evento "salvifico" che risolverà i problemi del gruppo.

"Nel gruppo in assunto di base di dipendenza [...] si attende una soluzione magica di tutti i bisogni [...]. Nei gruppi in assunto di base attacco-fuga [...] il gruppo si sente chiamato a difendersi [...]. L'attivazione dell'assunto di base di accoppiamento produce [...] l'attesa della nascita nel gruppo di un evento [...] che porti alla soluzione di tutti i bisogni" (Andreassi, 2010, p.117).

Tali gruppi si contrappongono ai **gruppi di lavoro**, che mantengono un'impostazione razionale, fondata su **apprendimento dall'esperienza, sviluppo e applicazione di un metodo scientifico**. Gli assunti di base agiscono a livello **proto-mentale**, dove il fisico e il mentale non sono ancora distinti. Secondo Bion (1962), le **malattie di gruppo** derivano:

- dai conflitti tra individuo e gruppo o tra l'individuo e sé stesso;
- dall'attivazione disfunzionale di uno dei sistemi proto-mentali rimasti latenti

• Lewin e la teoria dei campi

Kurt Lewin, psicologo della Gestalt, propone un approccio sperimentale fondato sulla **teoria dei campi** e sulla **ricerca-azione**. Egli concepisce il gruppo come un **campo dinamico**, suddivisibile in regioni interagenti, in cui si muovono **forze motivazionali** legate

ai bisogni e agli obiettivi degli individui (Aceti et al., 2013).

Lewin formula la celebre equazione:

$$B = f(P, E)$$

--> Il **comportamento (B)** è funzione dell'interazione tra la **persona (P)** e l'**ambiente (E)**.

L'ambiente include oggetti, eventi e relazioni, ed è determinante quanto la persona. La personalità, come il gruppo, è un sistema dinamico strutturato in sottosistemi, regioni e spazi vitali (Ettin et al., 1997).

L'elemento innovativo introdotto da Lewin è la visione del gruppo come totalità organizzata e **interdipendente**: **"Il gruppo è un fenomeno complesso, una totalità dinamica [...] ha una struttura propria, fini peculiari [...] ciò che costituisce l'essenza non è la somiglianza [...] bensì la loro interdipendenza"** (Lewin, 1951, p. 125).

• Conclusione

In un contesto storico segnato da guerre, totalitarismi e tensioni sociali, l'opera di **Foulkes, Bion e Lewin** ha fornito strumenti teorici e pratici per comprendere il ruolo dei gruppi nella **formazione del Sé**, nella **salute mentale** e nella **struttura sociale**. Tutti condividono una visione **organica e relazionale** dell'individuo, ponendo al centro la **vita di gruppo** come spazio dinamico e terapeutico, ma anche come specchio delle grandi tensioni tra individuo e collettività.

CAPITOLO 2.2

Il gruppo come contenitore e scambio dinamico

I concetti trattati nel capitolo precedente introducono alla funzione del **gruppo terapeutico come contenitore emozionale**. In questo modello, il terapeuta funge da **contenitore** per le proiezioni

emotive dei pazienti, i quali, non riuscendo a gestire sentimenti disturbanti, li "depositano" nel terapeuta. Se il gruppo è condotto adeguatamente, è il **gruppo stesso** a contenere e restituire in modo costruttivo tali emozioni, anche grazie alla **risonanza emotiva** tra i membri (Delvey, 1985).

Il concetto di **contenuto-contenitore** è stato elaborato da **Bion (1962)**, che lo collega all'**identificazione proiettiva normale**. Superando la concezione kleniana patologica, Bion descrive la relazione madre-bambino in cui il bambino proietta stati affettivi ingestibili nella madre, la quale li **rielabora e li restituisce** in forma tollerabile (Andreassi, 2010). Questo processo è mediato dalla **rêverie materna**, ossia la capacità della madre di essere recettiva, sintonizzata emotivamente e trasformativa (Ogden, 2006). Quando questa funzione fallisce, il bambino sviluppa un'interiorizzazione deficitaria.

Tale dinamica è applicabile anche alla relazione **terapeuta-gruppo**: sebbene siano contesti diversi (diade vs gruppo), il meccanismo di proiezione e contenimento resta simile. **Foulkes**, attraverso il concetto di **rete**, identifica legami complessi tra i membri, strutturati da una **matrice** che rappresenta il terreno generativo del pensiero. Secondo **Neri (1993)**, la **matrice** del gruppo è "contenitore di elementi ancora non individuati, che possono prendere forma" (p.7).

Il **terapeuta**, nella sua funzione contenitiva, favorisce:

- la **modulazione affettiva**;
- la **riduzione dell'intensità emotiva paralizzante**;
- lo sviluppo di **insight e consapevolezza**;
- l'introduzione di un **modello adulto regolativo** (Delvey, 1985).

Per svolgere bene questa funzione, Delvey propone alcune domande di auto-consapevolezza per il terapeuta:

1. Sono disponibile ed empatico? Sto veramente ascoltando?
2. Sto proiettando nel paziente i miei sentimenti? Creo confusione che in realtà mi appartiene?
3. Reagisco difensivamente alle critiche o riesco a esplorarne il significato?

Il rischio, se il terapeuta **non contiene adeguatamente**, è l'impiego di **difese primitive** e un collasso emotivo. Questo è particolarmente rilevante per pazienti con genitori emotivamente non disponibili: per loro il terapeuta deve essere un **contenitore migliore** di quelli avuti in passato. Se il terapeuta riesce nel compito, i pazienti **smettono di cercare contenitori esterni** e iniziano a **maturare**.

CAPITOLO 2.3

Gruppo e psicopatologia

L'approccio al disturbo mentale è cambiato radicalmente negli ultimi 50 anni. La **Legge 180/1978**, nota come **Legge Basaglia**, ha sancito la chiusura dei manicomi e segnato la nascita della **psichiatria territoriale**, fondata sulla presa in carico della persona nella sua interezza e nel proprio contesto relazionale (Rossi Monti, 2006). Prima della riforma, il malato mentale era **escluso dalla società**, **privo di diritti** e di assistenza multidisciplinare. Con la nuova visione si sviluppa la **comunità terapeutica**, che coinvolge figure diverse nella cura.

Un importante contributo sul **funzionamento psicodinamico dei gruppi in ambito comunitario** proviene da **Hinshelwood (1989)**. Egli osserva come in alcuni momenti il gruppo non riesca a mentalizzare e ricorra alla **drammatizzazione**, una modalità agita e inconsapevole in cui si esprimono tensioni emotive

non elaborate: "i membri partecipano al dramma senza averlo consapevolmente deciso" (p.13). Ciò accade quando la **verbalizzazione fallisce** e l'angoscia viene agita, coinvolgendo anche lo staff.

Il gruppo ha una funzione contenitiva importante per bisogni **biologici** (es. fame di riconoscimento) e **psicologici** (struttura, appartenenza, identità, apprendimento) (Aceti et al., 2013). Anche emozioni **estreme**, come l'odio distruttivo, possono essere contenute e **rielaborate** nel contesto comunitario (Comelli, 2011).

La **psicopatologia**, in questo setting, si colloca tra il singolo e il collettivo, dove il paziente cerca di **reformulare la propria identità** all'interno della rete relazionale. Come afferma **Ferruta (2011)**, il gruppo aiuta a **"riunire le esperienze sensoriali disgregate"** e a trovare **"un luogo psichico in cui mettere le cose"**, condizione necessaria per ricostruire un senso di sé.

Nei disturbi **autodistruttivi** (es. anoressia), il gruppo può accogliere e **rielaborare materiali inconsci** che non hanno trovato contenimento nella famiglia o nel sé. **Comelli (2011)**, rifacendosi a **Kaës**, propone l'idea di **contenitori multipli**, in una struttura a **matrioska**, dove ogni contenitore (persona, gruppo, istituzione) è collegato agli altri. Gli **scambi tra contenitori** possono generare **drammatizzazioni** e **barriere**, ma anche nuove possibilità trasformative.

In uno studio condotto in una comunità per adolescenti psichiatrici, **Briggs (2004)** osserva che le emozioni negative non contenute si amplificavano in una **"spirale di privazione"**, innescando una **"trappola demoralizzante"** (Hinshelwood, 1989, p.118):

1. I pazienti si sentono abbandonati da uno **staff insicuro** e poco supportivo.

2. Lo staff assorbe le proiezioni e si carica di ansia.
3. I pazienti offrono un aiuto illusorio allo staff.
4. Questo aiuto rafforza il **senso di inadeguatezza** dello staff.

Briggs suggerisce di **riattivare la capacità di pensare dello staff** tramite consultazioni cliniche, secondo il modello di **Bion** sull'identificazione proiettiva. Questo lavoro di consapevolezza ha permesso allo staff di recuperare il proprio ruolo contenitivo, invertendo la spirale negativa.

CAPITOLO 3

CAPITOLO 3.1

Uso della mentalizzazione e della funzione riflessiva nel gruppo terapeutico: MBT-G

In questo capitolo si integrano i concetti esaminati nei primi due capitoli, focalizzandosi sull'applicazione della **mentalizzazione** all'interno del **gruppo terapeutico**, attraverso il modello **MBT-G (Mentalization Based Treatment - Group)**. La mentalizzazione, come visto, è una capacità evolutiva e la sua compromissione può contribuire all'insorgenza di disturbi psicopatologici, pur non trattandosi di una relazione causale lineare, poiché influiscono anche fattori ambientali, genetici e relazionali.

L'autore propone un parallelismo tra **gruppo familiare e gruppo terapeutico**, interrogandosi sulla possibilità che il gruppo funzioni da **contenitore emozionale** e da **specchio riflessivo**, come nella funzione materna bioniana. Gli studi di **Fonagy e Bateman** e lo sviluppo della MBT hanno confermato l'efficacia della **MBT-G** in contesti clinici (Karterud, 2018).

Il **funzionamento riflessivo**, centrale nella psicologia clinica dello sviluppo, è definito come la capacità di comprendere i comportamenti in termini di **stati mentali**. Uno studio di **Tasca (2021)** ha messo in relazione questo concetto con quello di **cognizione di gruppo**, mostrando che i deficit riflessivi sono associati a **esiti terapeutici più scadenti**, anche nelle terapie di gruppo. Inoltre, la **riflessività del gruppo** può essere ostacolata dalla **prementalizzazione** dei suoi membri. La **fiducia epistemica**, elemento centrale della MBT, ha mostrato affinità con la **sicurezza psicologica del team**.

Uno studio di **Bo et al. (2017)** su 34 adolescenti danesi con disturbo borderline ha mostrato che, dopo un anno di MBT-G, **23 su 25** ragazze che hanno completato il trattamento hanno riportato:

- riduzione dei sintomi borderline e depressivi;
- calo degli atti autolesivi;
- miglioramento della psicopatologia generale;
- incremento delle relazioni di attaccamento (con genitori e coetanei);
- **aumento della capacità di mentalizzazione**.

Questi risultati suggeriscono che la **migliorata fiducia relazionale**, associata



a un incremento nella mentalizzazione, può essere un **meccanismo chiave dell'efficacia terapeutica**.

• Struttura e pratica della MBT-G

Secondo **Karterud (2015; 2018)**, la MBT-G appartiene alle **terapie psicomodinamiche di gruppo**, e nonostante le tradizionali cautele verso l'inserimento di elementi direttivi (come psicoeducazione o homework), la versione attuale del modello è più flessibile. In particolare:

- la MBT-G adotta una **struttura a turni**, in cui si esplorano gli eventi interspersionali di 2-3 pazienti a seduta;
- gli altri membri partecipano come **"pari responsabili"**, facilitando la co-costruzione del significato;
- è possibile integrare **formulazioni di caso**, utili per pazienti con gravi disturbi di personalità, a rischio di **rottura dell'alleanza**, **emozioni caotiche**, **confusione di attaccamento** e **pseudomentalizzazione**.

Karterud (2018) sottolinea come spesso i terapeuti di gruppo siano **reticenti a produrre formulazioni di caso**, nonostante queste siano fondamentali per comprendere pazienti difficili:

"Incontro spesso terapeuti di gruppo che hanno problemi con particolari pazienti [...] La mia prima risposta di solito è: *Posso vedere la formulazione del caso?* [...] troppo spesso i terapeuti rispondono con imbarazzo [...]" (Karterud, 2018, p.134).

Nel setting MBT-G, il terapeuta deve mantenere una **posizione di "non sapere"**, che implica curiosità, ascolto attivo e attenzione ai **confini del setting**, fornendo al gruppo una **base sicura** per esplorare gli stati mentali propri e altrui.

Esposito, Karterud e Freda (2021) hanno identificato e classificato i tipi di interventi del consulente che sem-

brano migliorare le **funzioni riflessive (RF)** degli studenti: la **posizione di non conoscenza**, le **interpretazioni difensive**, la **mentalizzazione degli eventi nel gruppo**, i **commenti empatici**, lo **sfidare convinzioni ingiustificate** e le **chiarificazioni** (fig. 3.1).

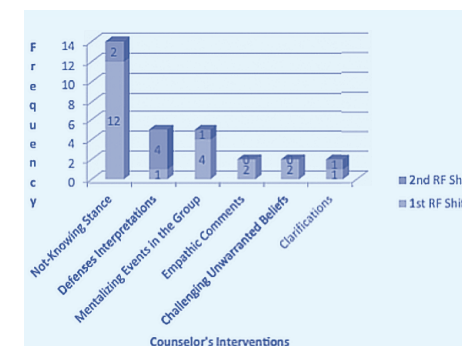


Figure 1. Frequencies of the counselor's interventions that determined reflective functioning (RF) shifts.

Esposito, Karterud, Freda, 2021, p.80

I **risultati dello studio di Esposito, Karterud e Freda (2021)** hanno indicato che **la maggior parte degli studenti** ha mostrato un **miglioramento significativo** della propria **funzione riflessiva (RF)**, del **rendimento scolastico** e della **capacità di mentalizzare il problema legato allo scarso rendimento**. In particolare, i **due interventi più efficaci** si sono rivelati essere:

- la **posizione di non conoscenza del consulente**, che stimola la riflessione autonoma del gruppo;
- l'**interpretazione delle difese**, che aiuta a riconoscere e comprendere i meccanismi di evitamento o distorsione.

Il **cambiamento del funzionamento riflessivo** è stato **quantitativamente rilevante**, con un **aumento medio per ogni studente a sessione da 2,5 a 5,2 punti**.

A supporto di tale processo trasformativo, risulta **fondamentale socializzare**

i pazienti al modello di trattamento, fornendo un quadro teorico su:

- i problemi della personalità,
- i principi generali della MBT,
- l'atteggiamento di **mentalizzazione o non-conoscenza**.

Questo quadro di riferimento è fornito durante la **fase psicoeducativa** della **MBT di gruppo**, come delineato da **Karterud & Bateman (2011b, in Karterud, 2018)**. Nelle **prime 12 settimane del trattamento**, i pazienti acquisiscono nozioni fondamentali su:

- **mentalizzazione** e suoi **fallimenti**,
- **attaccamento** e **modelli di attaccamento**,
- **ansia, depressione** e loro relazione con l'attaccamento,
- **evoluzione e emozioni primarie**,
- **disturbo borderline di personalità**,
- **principi teorici e clinici della MBT**.

Questa fase include **lezioni domiciliari** e la **condivisione delle esperienze personali**, elementi che favoriscono un apprendimento attivo e un **coinvolgimento emotivo e cognitivo** nel processo terapeutico (Karterud, 2018).

CAPITOLO 3.2

Psicoeducazione, MBT e Disturbo Borderline: evidenze e applicazioni

Come già descritto nel Capitolo 1, il **Disturbo Borderline di Personalità (DBP)** è caratterizzato da comportamenti impulsivi, disregolazione emotiva, sfiducia, rigidità cognitiva, abuso di sostanze, autolesionismo e difficoltà relazionali (Allen, Fonagy & Bateman, 2010). La **psicoeducazione di gruppo** ha mostrato **riscontri positivi** per questi pazienti, fornendo strumenti teorici e pratici per comprendere sé stessi e il funzionamento del trattamento (Ditlefsen et al., 2020; Malberg, 2013).

Secondo **Fonagy e Allison (2014)**, la

mentalizzazione può essere considerata un fattore comune a molte forme di psicoterapia efficace (p.372). Inoltre, il gruppo psicoeducativo consente di analizzare il **"circolo vizioso che lega mentalizzazione e psicopatologia"** (Allen, Fonagy & Bateman, 2010, p.329), offrendo ai pazienti borderline una seconda possibilità di **sviluppare la capacità mentalizzante**.

Il **curriculum psicoeducativo** proposto si articola in **tre sezioni principali**, come descritto nella seguente tabella:

Tabella 3.2 – Curriculum del gruppo psicoeducativo

Comprendere la mentalizzazione e il suo sviluppo: presentare il razionale per costruire un'alleanza terapeutica intorno al processo della mentalizzazione; discutere i vari aspetti della mentalizzazione e i benefici di un'abile mentalizzazione per l'autoconsapevolezza e le relazioni salutari; descrivere le condizioni ottimali per lo sviluppo e il mantenimento della mentalizzazione in termini di attaccamento sicuro e attivazione emozionale ottimale.

Disturbi psichiatrici e mentalizzazione compromessa: spiegare come i disturbi psichiatrici e i sintomi entrino in un circolo vizioso con difficoltà di mentalizzazione, iniziando dall'abuso di sostanze ed estendendo la discussione alla depressione, all'ansia, al trauma, e ai disturbi di personalità.

Promuovere la mentalizzazione nel trattamento: concettualizzare il trattamento come comprendente una gamma di aree per praticare la mentalizzazione e per identificare i fallimenti della mentalizzazione e le loro ragioni; include discussioni delle interazioni nell'ambiente di ricovero con i pari e i membri dello staff, il processo di valutazione, la psicoterapia individuale e di gruppo, e due processi di trattamento particolarmente stressanti che sfidano la mentalizzazione, soprattutto gli incontri clinici con l'équipe di trattamento e il lavoro familiare.

(Allen, Fonagy & Bateman, 2010, p. 327)

Lo **studio di Ditlefsen et al. (2020)** ha esplorato le **esperienze soggettive** di pazienti partecipanti a un intervento di **psicoeducazione MBT**. I contenuti affrontati durante le sessioni includevano tematiche come:

1. Cos'è la mentalizzazione?
2. I problemi nella mentalizzazione

3. Emozioni e sentimenti
 4. Regolazione emotiva
 5. Relazioni di attaccamento
 6. Attaccamento e mentalizzazione
 7. Cos'è il disturbo borderline
 8. Trattamento MBT
 9. MBT di gruppo
 10. Ansia, depressione, trauma e attaccamento
 11. Dipendenze, autolesionismo, disturbi alimentari
 12. Conclusioni e chiusura
- Tra i **benefici riportati**, i pazienti hanno espresso:

- **minore vergogna per i propri problemi**, soprattutto in relazione all'autolesionismo;
- **apprendimento dagli altri membri** ("Learning from the others", p.6);
- **scoperta della diversità mentale altrui**, con sorpresa e apertura ("...it was just interesting to see how differently people think..."; p.7).

Un solo partecipante ha riferito di essersi sentito **"troppo diverso"**, a causa della propria identità di genere, preferendo un setting individuale.

In generale, tutti hanno ritenuto **utili e pertinenti i contenuti**, acquisendo **strumenti di comprensione di sé, nuovi modi di pensare**, e una maggiore **autonomia nella gestione del sé**.

• Studi aggiuntivi e interventi pratici

Lo **studio di Gratz e Gunderson (2006)** su 22 donne BPD autolesioniste ha mostrato che un programma di **psicoeducazione di gruppo di 14 settimane** per la **regolazione emotiva** ha:

- ridotto l'autolesionismo;
- migliorato l'ansia, la depressione e l'evitamento esperienziale;
- diminuito i sintomi borderline.

Nonostante i risultati positivi, gli autori raccomandano studi randomizzati più ampi.

La **psicoeducazione**, integrata nella MBT, serve anche a **rafforzare l'alleanza terapeutica**, poiché la comprensione della mentalizzazione ne facilita la pratica. Allen, Fonagy & Bateman (2010) propongono esercizi specifici in gruppo:

- **Stimoli percettivi:** immagini ambigue che i pazienti interpretano e discutono.
- **Metafore del trattamento:** ogni membro elabora una metafora personale.
- **Situazioni mentalizzanti:** rielaborazione di interazioni recenti emotivamente cariche.
- **Role-playing:** simulazioni relazionali e successiva riflessione.
- **Interazioni non verbali:** due membri "parlano" senza parole, il gruppo interpreta.
- **Identificare la falsità:** esercizio su aspetti di personalità, uno dei quali falso.

• Benefici e limiti della terapia di gruppo per il BPD

La **terapia di gruppo**, se integrata con quella individuale, favorisce:

- la **stabilizzazione emotiva**,
- il **contenimento delle reazioni trasferali**,
- l'**apprendimento sociale** e il **supporto reciproco** (Bellino et al., 2010).

Tuttavia, i **rischi** includono:

"condivisione delle resistenze al lavoro terapeutico, interazioni ostili o distruttive tra i pazienti, l'intensificazione dei problemi di transfert e il cosiddetto contagio sintomatologico" (p.12).

Lo **studio di McLaughlin et al. (2019)** ha effettuato una **meta-analisi di 24 studi** (n = 1595) sulla psicoterapia di gruppo per BPD, confrontandola con il trattamento standard (TAU). I risultati indicano:

- un **forte effetto sulla riduzione dei sintomi BPD** ($g = 0.72, p = .001$);

- un **effetto moderato sulla suicidalità/parasuicidalità** ($g = 0.46, p = .001$);
- un **effetto medio-basso su ansia e depressione**;
- **minor suicidalità nei gruppi di dimensione vicina a 10 membri**.

La **mentalizzazione** è un'attività immaginativa, che richiede uno sforzo mentale per comprendere sé stessi e gli altri. Come affermano Allen et al. (2010):

"Pensare mentalizzando è come vedere voi stessi dall'esterno e gli altri dall'interno" (p.344).

Tuttavia, in condizioni di stress, dolore, o intensa attivazione emotiva, questa capacità può vacillare. Il **gruppo terapeutico** diventa allora uno spazio dove esercitare **funzioni contenitive e riflessive**, e dove apprendere, attraverso l'altro, l'accesso a sé.

Come concludono Allen et al. (2010):

"Così come avete bisogno di influenzare gli altri, è necessario essere in grado di influenzare anche voi stessi..." (p.351).

La **mentalizzazione delle emozioni**, pur essendo complessa, permette di attivare un **atteggiamento curioso e aperto**, di **accettare l'ambiguità** e di tollerare anche ciò che non si conosce.

CAPITOLO 3.3

Riflessioni cliniche e analisi di un caso

In questo ultimo paragrafo viene analizzato il caso clinico di **Gwynneth**, tratto dal lavoro di **Hinshelwood (1989)**, in un periodo precedente alle teorie sulla mentalizzazione, ma sorprendentemente vicino, nei presupposti clinici e teorici, agli sviluppi successivi della **MBT** di **Fonagy e Bateman**. Gwynneth è descritta come una giovane paziente disturbata, che esercita un forte controllo sul gruppo attraverso dinamiche disorganizzanti, incarnando una figura che l'autore definisce **"dominatore schizoide"**, non in

senso nosografico, ma come modalità di controllo sul caos collettivo.

La paziente diventa il catalizzatore della disgregazione comunitaria, facendo emergere un ambiente caratterizzato da **tensione, disorganizzazione e resistenza a ogni tentativo di contenimento** da parte dello staff. La sua posizione dominante si accompagna però a una profonda **disperazione interiore**, segnata dalla **paura dell'abbandono**, dal sentimento di **vuoto** e da una forte **sfiducia** verso le figure di riferimento. Gwynneth proietta nella comunità il suo stato interno frammentato, manifestando **panico davanti al cambiamento, disprezzo verso l'autorità e resistenza verso qualsiasi struttura organizzativa**.

La **disperazione della paziente** e la **frammentazione della comunità** si riflettono a vicenda: l'una alimenta l'altra, in un circolo vizioso che rispecchia il fallimento della funzione contenitiva. Secondo **Hinshelwood**, Gwynneth cerca, inconsapevolmente, di **riparare la frammentazione del Sé attraverso la distruzione dell'ambiente**, creando caos per difendersi da un'intollerabile incertezza.

Riletto attraverso la lente della **mentalizzazione**, il caso di Gwynneth sembra mostrare evidenti **difficoltà riflessive**, tipiche di un funzionamento borderline. In particolare:

- l'**equivalenza psichica** sembra prevalere, dove la realtà interna è percepita come assoluta e coincidente con la realtà esterna;
- è assente la **capacità di mentalizzare stati mentali propri e altrui**;
- si osservano comportamenti impulsivi e reazioni emotive estreme.

Come suggeriscono **Allen et al. (2010, p.199)**, il lavoro terapeutico non deve cercare di **"convertire" il paziente a un**

modo diverso di pensare, ma piuttosto aiutare ad ampliare il ventaglio delle possibilità interpretative della realtà. In MBT, il terapeuta adotta un atteggiamento di **"non conoscenza"**, promuovendo **curiosità, apertura e autentico interesse per la mente dell'altro**, elementi che aiuterebbero pazienti come Gwynneth a riflettere meglio su di sé e sulle proprie emozioni, senza dover ricorrere alla disorganizzazione come unica via di espressione.

L'**ipotesi conclusiva** è che, una volta ristabilita la struttura comunitaria, anche la personalità di Gwynneth abbia mostrato una parziale riorganizzazione, non sentendosi più costretta a **difendersi dal caos interno proiettandolo all'esterno**.

CONCLUSIONI

Il nucleo centrale dell'elaborato è stato il concetto di **mentalizzazione**, declinato nelle sue applicazioni cliniche, evolutive e terapeutiche, in particolare in relazione al **Disturbo Borderline di Personalità (BPD)**. È emerso chiaramente quanto la capacità di mentalizzare, ovvero di rappresentarsi stati mentali propri e altrui (intenzioni, desideri, emozioni), si sviluppi nel contesto di relazioni di attaccamento **sicure e sintonizzate**, mentre ambienti familiari di-

sorganizzati, traumatici o negligenti possono comprometterne lo sviluppo.

Il **fallimento della funzione riflessiva** è stato descritto come una delle cause principali dell'emergere di quadri psicopatologici gravi. In particolare, i pazienti borderline mostrano spesso una modalità prementalizzante, in cui emozioni e percezioni non vengono elaborate simbolicamente ma vissute in maniera concreta, invasiva o dissociata. Tali elementi sono stati letti alla luce del modello di **Fonagy et al. (2005)** e del costrutto del **Sé alieno**, inteso come una parte interna non integrata, spesso derivante da un'attaccamento traumatico.

La **Mentalization-Based Treatment (MBT)** si è mostrata uno strumento terapeutico efficace, soprattutto per la popolazione borderline, nel recuperare e potenziare questa funzione. Attraverso un percorso strutturato, suddiviso in fasi e fondato su un **atteggiamento di curiosità, apertura e non-conoscenza**, il paziente è aiutato a osservare, comprendere e regolare i propri vissuti interni. In particolare, la **versione di gruppo della MBT (MBT-G)**, proposta da **Karterud**

(2015), ha dimostrato di potenziare il lavoro clinico grazie alla forza riflessiva del contesto gruppale.

Il gruppo, in questo modello, diventa **contenitore e specchio**, promuovendo la capacità di mentalizzare anche attraverso



so il confronto con gli altri. Le evidenze empiriche raccolte – tra cui gli studi di **Bo et al. (2017)**, **Ditlefsen et al. (2020)**, **Gratz & Gunderson (2006)** e **McLaughlin et al. (2019)** – confermano un **miglioramento della funzione riflessiva**, una **riduzione dei comportamenti autolesivi** e una **maggiore regolazione emotiva** nei pazienti trattati con MBT-G. L'integrazione tra **psicoeducazione, psicoterapia individuale e gruppale**, e un approccio centrato sulla mentalizzazione, rappresenta una delle direzioni più promettenti nel trattamento dei disturbi della personalità. Inoltre, la letteratura suggerisce l'utilità di estendere la psicoeducazione anche a **caregivers, terapeuti e operatori**, affinché possano contribuire a creare ambienti relazionali favorevoli allo sviluppo e al mantenimento della funzione riflessiva. Nel complesso, la **mentalizzazione** si configura non solo come un costrutto clinico, ma anche come una **competenza relazionale fondamentale**, da promuovere in tutti i contesti educativi e sociali. In questo senso, investire nella diffusione del concetto – attraverso formazione, laboratori o interventi preventivi – può rivelarsi cruciale per il benessere psicologico individuale e collettivo.

Come affermano **Allen et al. (2010, p.351)**:

“Così come avete bisogno di influenzare gli altri, è necessario essere in grado di influenzare anche voi stessi, per esempio quando desiderate cambiare i vostri sentimenti, atteggiamenti, modi di pensare o comportamenti.”

La **mentalizzazione** è dunque uno strumento di trasformazione profonda, capace di migliorare la relazione con gli altri, ma anche – e forse soprattutto – la relazione con sé stessi.

BIBLIOGRAFIA

Aceti, T., Liverano, A., Di Bello, G., Salsiccia, T., Vitali, A. (2013). Il setting della terapia di gruppo come contenitore relazionale ed esperienza intersoggettiva, *Rivista Italiana di Analisi Transazionale e Metodologie Psicoterapeutiche*, Vol. 33, No. 28(65), pp. 9-22

Ainsworth, M.D.S., (1969). Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship, *Child Development*, Vol.40, pp.969-1025

Ainsworth, M.D.S., Bell, M.S., (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation, *Child Development*, Vol. 41, No. 1, pp. 49-67

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978), Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation, Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ

Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A.W. La mentalizzazione nella pratica clinica. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010

American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5). Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2014

Andreassi, S., *Psicologia dinamica. I modelli teorici a confronto*, in De Coro A., Ortu F. (a cura di), Ed. Laterza & Figli, Roma-Bari, 2010

Baldoni, F., La funzione adattiva della disperazione nel fallimento delle strategie di attaccamento: una prospettiva Dinamico-Maturativa In Caretti V., Craparo G., Schimmenti A. (Eds.) Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica. Astrolabio, Roma, 2013, pp. 215-236

Bateman A.W., Fonagy P. (2013). Mentalization-Based Treatment, *Psychoanalytic Inquiry. A Topical Journal for Mental Health Professionals*, Vol. 33, No.6, pp. 595-613

Bateman, A. W., Fonagy, P. Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline, Cortina, Milano, 2006

Bellino, S., Bozzatello, P., Blandamura, A., Bogetto, F. (2010). La psicoterapia del disturbo borderline di personalità: attuali orientamenti e linee di ricerca, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 16, pp. 11-26

Bergamaschi, L. , <https://www.spiweb.it/spipedia/mentalizzazione/>, 2012

Bion, W. R. (1962), Esperienze nei gruppi. Armando, Roma, 1971

Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M., & Simonsen, E. (2017). First empirical evaluation of outcomes for mentalization-based group therapy for adolescents with BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 396–401. <https://doi.org/10.1037/per0000210>

Bowlby, J. (1989), Attaccamento e perdita, Vol. 1: L'attaccamento alla madre, Boringhieri, Torino, 1999

Briggs, A., (2004). Reversing a spiral of deprivation: working to ameliorate the relationship of staff and boys in a residential home, *Journal of Social Work Practice*, 18(1), pp. 33–48, DOI: 10.1080/0265053042000180536

Clarkin, J.F., Otto, F., Kernberg, O.F., Foelsch, P.A (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric Properties, Factorial Composition, and Criterion Relations With Affect, Aggressive Dyscontrol,

Psychosis Proneness, and Self-Domains in a Nonclinical Sample, *Psychological Assessment*, Vol. 13, No. 4, pp. 577-591 DOI: 10.1037//1040-3590.13.4.577

Colli, A. Psicoterapia dinamica. Teoria, clinica, ricerca. Carocci editore, Roma, 2016

Comelli, F. (2011), I gruppi terapeutici e il contenitore istituzionale: i fattori curanti del campo istituzionale psichiatrico e dei suoi elementi distruttivi, *Funzione Gamma* rivista elettronica, No. 27, <https://www.funzionegamma.it/category/edizioni/numero27/>

Corbelli, L., *Disturbi di personalità*, in M. Rossi Monti (a cura di), Manuale di psichiatria per psicologi, Ed. Carocci, Roma, 2016

D'Agostino, A., *Suicidio e comportamento parasuicidario*, in M. Rossi Monti (a cura di), Manuale di psichiatria per psicologi, Ed. Carocci, Roma, 2016

Delvey, J. Jr. (1985). Beyond the blank screen: The patient's search for an emotional container in the therapist, *Psychotherapy*, 22(3), pp. 583-586, doi.org/10.1037/h0085543

Ditlefsen, I. T., Nissen-Lie, H. A., Andenæs, A., Normann-Eide, E., Johansen, M. S & Kvarstein, E. H., (2020). “Yes, There Is Actually Hope!”—A Qualitative Investigation of How Patients Experience Mentalization-Based Psychoeducation Tailored for Borderline Personality Disorder, *Journal of Psychotherapy Integration*. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000243>

Eagle, M.N. *From Classical to Contemporary Psychoanalysis* (2012), trad. it. Mignone P. (a cura di), Da Freud alla psicoanalisi contemporanea. Critica e integrazione, Raffaello Cortina Editore, Milano

- Esposito, G., Karterud, S., Freda, M.F. (2021). Mentalizing Underachievement in Group Counseling: Analyzing the Relationship Between Members' Reflective Functioning and Counselors' Interventions, *Psychological Services*, 18(1), pp. 73–83. <https://doi.org/10.1037/ser0000350>
- Ettinger, M. R., Cohen, B. D., Fidler, J. W. (1997). Group-as-a-Whole Theory Viewed in Its 20th-century Context, *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, Vol. 1, No. 4, pp. 329–340
- Ferruta, A. (2011). Il contenitore istituzionale nelle patologie gravi, *Funzione Gamma*, rivista elettronica, Vol. 27, <https://www.funzionegamma.it/category/edizioni/numero27/>
- Fonagy, P., Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization, *Development and Psychopathology*, Vol. 9, pp. 679–700
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé. Raffaello Cortina Editore, Milano. 2005
- Fonagy, P., Target, M., (2007). The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology, *Journal of Personality Disorders*, Vol.20(6), pp. 544–576, DOI: 10.1521/pedi.2006.20.6.544
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51 (3), pp. 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Freud S., *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, Ten Ed., Roma, 1995
- Hinshelwood, R.D. Cosa accade nei gruppi. L'individuo nella comunità. Raffaello Cortina Ed., Milano, 1989
- Karterud, S., (2018). Case formulations in mentalization-based group therapy, *Research, Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, Vol. 21(1), pp. 32–136, doi:10.4081/ripppo.2018.318
- Karterud, S., Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual, Oxford University Press, 2015
- Lewin, K. (1951), Teoria e sperimentazione in psicologia sociale, Il Mulino, Bologna, 1972
- Madeddu, F., Aquaro P., Preti E. (2012). Psicoterapia per il disturbo borderline di personalità: revisione della letteratura sull'efficacia di quattro trattamenti manualizzati *Journal of Psychopathology*, Vol. 18, pp. 196–209
- Malberg, N. T. (2013). Mentalization based group interventions with chronically ill adolescents: An example of assimilative psychodynamic integration?, *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(1), pp. 5–13. <https://doi.org/10.1037/a0030268>
- McLaughlin, S. P. B., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2019). Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy*, 56(2), 260–273 <https://doi.org/10.1037/pst0000211>
- Neri, C. (1993), *Un modello di gruppo terapeutico*, Presentato al convegno "Cos'è il gruppo", presso l'Ospedale Psichiatrico "Santa Maria della Pietà"
- Ogden, T.H. (2006). Holding e contenimento, essere e sognare, in *L'Annata Psicoanalitica Internazionale*, Vol 2, pp. 153–169
- Rossi Monti, M., Manuale di psichiatria nel territorio, Giovanni Fioriti Ed., Roma, 2006
- Rossi Monti, M., D'agostino, A., L'autoleSIONISMO, Ed. Carocci, Roma, 2009
- Sharp, C., Shonet, C., Givon, D., Penner, F., Marais, L. & Fonagy P. (2020). Learning to mentalize: A mediational approach for caregivers and therapists, *Clinical Psychology Science and Practice*, 27(3), pp. 1–17
- Tasca, G.A. (2021). Team Cognition and Reflective Functioning: A Review and Search for Synergy, in *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, Vol. 25, No. 3, pp. 258–270 <https://doi.org/10.1037/gdn0000166>

psicoin

Rivista dell'Ordine delle Psicologhe
e degli Psicologi della Regione Marche

Direttore Responsabile

Giuseppe Lavenia

Comitato Editoriale

Commissione Cultura Formazione Web
dell'Ordine Psicologhe e Psicologi Marche

Impaginazione:

Tipolitografia Emmepiesse snc - Ancona

Registrazione

Registrato il 19.06.2000
Presso il Tribunale di Ancona
con il n. 8/2000

Periodicità

Semestrale

Recapiti

Redazione

Ordine Psicologhe e Psicologi
della Regione Marche
Via Calatafimi, 1 - 60121 Ancona
info@ordinepsicologimarche.it

Per conoscere le norme redazionali
consultare il sito internet
www.ordinepsicologimarche.it

ISSN 2039-4101