

PSICOLOGIA DI COMUNITA' E LAVORO DELLO PSICOLOGO NEI SERVIZI TERRITORIALI

Augusto Polmonari e Bruna Zani

1. Le linee per una innovazione radicale nella organizzazione dei servizi sociali e sanitari, affermatesi negli anni '60 come ipotesi politico-culturali e come proposte parlamentari (spesso gravemente trascurate e sottovalutate dal potere esecutivo), hanno raggiunto nell'ultimo decennio un livello di realtà più elevato con l'istituzione delle Regioni a statuto ordinario (1970) e il passaggio ad esse delle competenze statali in materia sanitaria e socio-assistenziale. Il trasferimento di tali competenze, iniziato con i decreti del 1972 in modo limitato, disorganico e secondo una concezione riduttiva dell'autonomia regionale, è stato completato solo nel luglio 1977, anno in cui furono emanati i decreti delegati 616 e 617 attuativi della legge 22 luglio 1975, n. 382.

Qualche tempo dopo, 23 dicembre 1978, veniva approvata la legge n. 833 di Riforma Sanitaria, frutto di un travaglio durato circa trent'anni.

Ricordiamo queste tappe perchè riteniamo che esse abbiano costituito delle *occasioni rilevanti per un rinnovamento della politica sociale nel nostro paese*.

Con l'avvenuta approvazione della legge 833, uno dei problemi da affrontare riguarda la necessità di stabilire un rapporto organico tra la realizzazione del nuovo sistema sanitario e le esigenze, le sperimentazioni e le conoscenze sviluppate in questi ultimi anni; tenendo conto che non si parte da zero, ma da realtà già orientate a raggiungere quegli obiettivi, ribaditi anche nella legge come essenziali per realizzare un nuovo modo di intervento. Infatti alcune Regioni, verso la metà degli anni '70, in attesa di approvazione di leggi quadro in materia sanitaria e assistenziale, avevano avviato a livello locale un'attuazione anticipata delle riforme, elaborando nuovi modelli di organizzazione dei servizi con la collaborazione della popolazione e degli Enti Locali. Sono così sorti in molte regioni i *Consorzi Socio-Sanitari*, intesi come "anticipazione" (o prefigurazione) delle future Unità Locali. Gli interventi da esse promossi si sono sostanzialmente ispirati ad alcuni principi-base ampiamente condivisi:

— *unitarietà e globalità* dei servizi, tenendo conto delle interdipendenze tra intervento sanitario e intervento sociale per operare in maniera integrata e superare la tendenza alla medicalizzazione presente nelle prestazioni;

— *territorialità* dei servizi, per realizzare un sistema di sicurezza sociale volto a riutilizzare tutte le risorse disponibili localmente e rispondere così alle esigenze reali della comunità residente;

— *gestione sociale* dei servizi, in modo che siano gli stessi utenti a fornire il principale "feed-back" sulla efficacia dei servizi;

— *prevenzione*, nel senso di accertamento e rimozione delle cause dei fenomeni patologici, in modo da costruire un'alternativa agli interventi esclusivamente curativi e riabilitativi, promuovendo attivamente il benessere psico-fisico dell'uomo.

È all'interno di questo quadro che si colloca la psicologia di comunità. La nostra

proposta, a livello di definizione operativa, è di considerare come *nucleo centrale della psicologia di comunità tutto quanto di psicologico attiene alla realizzazione di un tipo di servizi come quello sopra del delineato.*

Nel momento attuale (fine 1980) caratterizzato dal superamento dei Consorzi per l'insediamento ufficiale dei Comitati di gestione delle Unità Sanitarie Locali, ci sembra importante non venga liquidato sommariamente anche il patrimonio di esperienze accumulatosi in questi anni. Occorre in merito una riflessione approfondita e puntuale, sia per analizzare criticamente le tappe percorse e i problemi incontrati, sia per avanzare proposte adeguate alle nuove esigenze.

Intuizione fondamentale dei Consorzi nella definizione di un proprio metodo di lavoro è stata la scelta di *inserire il lavoro tecnico dentro un progetto politico di trasformazione*, permettendo agli operatori (tecnici) di stabilire rapporti diretti con la popolazione e coi politici riducendo al minimo la componente burocratico-amministrativa.

Questo progetto di trasformazione, che significa passare da attività assistenziali a favore di poveri e bisognosi alla costruzione di un sistema di servizi rivolti a tutti i cittadini, si basava su alcune parole d'ordine, vere e proprie "idee forza" metodologiche, elaborate agli inizi della sperimentazione: programmazione degli interventi, lavoro di gruppo degli operatori, progettazione di nuove forme di servizio.

In specifico per lo psicologo ha significato un ampliamento della sfera di competenza tradizionale: non più solo il rapporto con il cliente, di solito una persona in stato di bisogno, ma il lavoro con piccoli gruppi di cittadini-utenti e gli interventi rivolti alle collettività e alle istituzioni.

Ricordiamo anche che in questo periodo è avvenuta l'istituzione dei corsi di laurea in Psicologia a Padova e a Roma: si è trattato certamente di un tentativo di rispondere alla domanda crescente di psicologia che si era determinata, ma senza che venisse fatto uno sforzo di programmazione organica.

L'unico modello cui ci si ispirava era quello tradizionale di psicologo testista, collaboratore dello psichiatra in sede diagnostica: modello già ampiamente collaudato nei Centri Medico-Psico-Pedagogici (CMPP) sorti in Italia nel secondo dopoguerra.

La scelta di attivare in modo sperimentale una nuova politica sociale prevedeva anche altre implicazioni, sia per i tecnici, sia per i politici:

- per i *politici* si trattava di impadronirsi di capacità reali di tradurre i grandi obiettivi di lotta e di trasformazione sociale in programmi concreti a breve e medio termine: non basta in sostanza identificare degli obiettivi generali e perseguirli genericamente, ma occorre definire le priorità irrinunciabili, cogliere i punti specifici di realizzazione immediata, precisare l'interdipendenza tra obiettivi generali e obiettivi intermedi, comunicare coi tecnici sul merito dei problemi incontrati, definire insieme ad essi i tempi entro cui verificare i risultati partendo dall'analisi dei fattori in giuoco nel determinare il successo o l'insuccesso delle iniziative realizzate;
- per gli *operatori* si trattava di precisare un nuovo stile di lavoro che prevedesse la capacità di assumere responsabilità dirette circa il funzionamento dei servizi, di inventare soluzioni operative nella realizzazione dei programmi, di prendere delle decisioni, di verificare il proprio intervento insieme agli altri operatori, ai politici e alla popolazione. Tutto ciò nel quadro della specificità delle varie professionalità e del contributo che ciascuna di esse può fornire all'équipe. In specifico per lo psicologo vi era da chiarire, oltre al problema di come fare psicoterapia *dentro* i servizi, anche come stimolare l'iniziativa e

la partecipazione dei gruppi di base, il funzionamento delle assemblee di cittadini, la progettazione e l'organizzazione di servizi (per minori, per famiglie, per anziani) alternativi a quelli, assistenziali ormai definitivamente superati, l'impegno in équipe degli operatori ad affrontare i problemi della gestione dei servizi.

2. Di fatto le cose sono andate in altro modo.

Superato l'entusiasmo iniziale della fase più *pionieristica* in cui era sembrato possibile capovolgere in breve tempo, sulla scia della lotta antiistituzionale, le fondamenta stesse del vecchio sistema assistenziale, hanno cominciato a diffondersi sintomi di insoddisfazione sempre più precisi, riconducibili alle difficoltà incontrate a vari livelli: difficoltà di individuare i programmi e di articularli nello specifico e nel concreto; estrema difficoltà a cogliere la complessità dei problemi e a trovare modalità di risposta diverse da quelle tradizionali e collaudate; rifiuto di assumere responsabilità e prendere decisioni.

Per analizzare più nello specifico la situazione dello psicologo in questa realtà, è stata condotta una ricerca, a cura della Unità Operativa di Bologna, nell'ambito del sub-progetto finalizzato "*Prevenzione delle malattie mentali*" del C.N.R. (AA.VV., 1979).

È stato studiato, tramite una elaborata intervista in profondità a 140 psicologi, il tipo di prestazioni da essi effettivamente svolte, la discrepanza avvertita fra tale prestazione e quella considerata più appropriata al contesto sociale in cui operano, i rapporti con i colleghi di professionalità diverse, i rapporti con i responsabili delle istituzioni nel cui quadro gli psicologi operano, l'opinione sulla consistenza scientifica della psicologia e sulla possibilità di utilizzare questa disciplina per incidere sul cambiamento della realtà sociale. I 140 psicologi coinvolti nella ricerca provengono da Trento, da Arezzo, da Salerno e da Bologna. Per le prime tre città sono stati presi in considerazione tutti gli psicologi reperiti: in sostanza si è teso a raggiungere tutta la *popolazione* di psicologi operanti in tali sedi, al 1978.

Per Bologna, invece, dato l'alto numero di psicologi presenti, se n'è intervistato un campione significativo.

In ogni città gli psicologi intervistati erano impegnati in uno dei tre settori professionali più abituali: la libera professione come psicoterapeuti, l'Università, i servizi socio-sanitari pubblici.

Dalla elaborazione del materiale raccolto traiamo solamente alcuni dati di più immediato interesse per l'argomento di cui stiamo discutendo.

È emersa la stetta interdipendenza che esiste tra definizione dello psicologo e la politica sociale promossa e gestita dagli Enti Locali.

A *Salerno* non è stata attuata, sino al '78, alcuna iniziativa di decentramento e innovazione nei servizi sociali e sanitari: i pochi psicologi non universitari si definiscono esclusivamente come psicoterapeuti liberi professionisti, anche quelli che sono convenzionati con Comune e Provincia per attività psico-pedagogiche, in linea coi CMPP diagnostici tuttora esistenti.

A *Trento* il decentramento dei servizi è stato realizzato, di fatto, più come operazione di razionalizzazione dei servizi che come uno sforzo di democratizzazione e partecipazione. Gli psicologi che operano nei servizi si definiscono, in modo attivo ed esplicito, come specialisti di secondo livello che considerano indebita intromissione politica ogni richiesta rivolta loro dal territorio e dalle sue istituzioni (anche la scuola), senza passare attraverso il vaglio dei servizi di base - o di primo livello - in cui operano praticamente solo gli assistenti sociali, i medici di base e gli operatori paramedici.

Ad Arezzo e a Bologna, ove da molti anni è in atto uno sforzo per fare del decentramento, della unitarietà e della gestione sociale dei servizi socio-sanitari una innovazione sostanziale per allargare la partecipazione dei cittadini alla vita pubblica, compare negli operatori intervistati, in modo consistente, una definizione di sé come operatore dei servizi pubblici.

Soprattutto a Bologna, tuttavia, dove l'esperienza degli psicologi sul territorio ha una storia più lunga, compaiono molti sintomi di delusione e di sfiducia circa la possibilità di realizzare interventi di tipo preventivo e promozionale. A questa sfiducia si accompagna la tendenza a definire il proprio lavoro in termini esclusivamente clinici e individuali, a negare valore al lavoro di équipe (considerandolo, in sostanza, una perdita di tempo), a considerare impossibile ogni rapporto diretto con gli amministratori. Su questi dati, che riguardano sia psicologi assunti dal Comune prima della istituzione dei Consorzi Socio-Sanitari, sia altri psicologi assunti negli ultimi anni, abbiamo a lungo riflettuto. E ci sembra di potere abbozzare una interpretazione di questo tipo. Gli psicologi assunti agli inizi degli anni '70 condividevano tutti con entusiasmo i programmi di rinnovamento dei servizi socio-sanitari che i Consorzi fra gli Enti Locali stimolati dalla Regione, prefiguravano. Qualcosa di molto importante non ha funzionato nei Consorzi: la programmazione è stata più proclamata che realizzata, le esigenze del quotidiano e del caso per caso hanno preso il sopravvento sull'impegno a seguire una linea operativa di più vasto respiro, i problemi definibili in termini sanitari sono apparsi più pressanti e più concreti dei problemi sociali connessi ad una vera prevenzione, la disponibilità dei politici ad affrontare situazioni articolate e complesse è apparsa sempre più limitata.

Da qui la caduta dell'entusiasmo in tutti gli operatori, l'impegno operativo sempre più isolato di ognuno, la frustrazione.

In specifico per quanto riguarda gli psicologi, accanto al gruppo di coloro che, nonostante tutte le difficoltà e i problemi incontrati, continuano a portare avanti le linee di rinnovamento del progetto politico iniziale, ci sembra si possano individuare alcune modalità di reazione:

— da un lato l'insoddisfazione e le frustrazioni, riconducibili ad una serie di carenze metodologiche e conoscitive, hanno portato ad un progressivo disimpegno ed apatia dello psicologo, ad una squalifica delle modalità di lavoro assunte inizialmente con entusiasmo, ma senza nessuno sforzo successivo di inquadramento teorico e di elaborazione culturale.

In assenza di un lavoro continuo di filtro, di definizione puntuale sul piano della propria specificità professionale, si è venuto a determinare uno svuotamento delle varie professionalità mediante una esecuzione degli interventi sempre più scotomizzata, rigida e riduttiva. Non c'è più quindi lavoro in équipe, ma una utilizzazione difensiva del gruppo mediante la *tecnica del rinvio*: il rifiuto di prendere decisioni operative che possono implicare anche una verifica del proprio lavoro e quindi delle proprie capacità di intervento, viene attuato *rinviando* continuamente il momento dell'assunzione di responsabilità specifiche. C'è quindi una risposta di difesa dall'ansia ma anche una perdita di credibilità con conseguenze rilevanti per il funzionamento dei servizi;

— dall'altro lato c'è chi elabora questo malessere, questo disagio in senso più depressivo, assumendo le caratteristiche di quella che una studiosa americana, Cristina Maslach ha chiamato "*burning-out syndrome*" sindrome del *bruciarsi* (1977).

Secondo l'autrice, nell'operatore si manifesta un sentimento soggettivo di esaurimento

fisico accompagnato da una labilità emozionale sempre più evidente: c'è disinteresse al proprio lavoro, insofferenza nei confronti anche di piccoli problemi incontrati. Ciò dà luogo inevitabilmente ad un deterioramento della qualità del lavoro svolto per cui, su un meccanismo a circolo vizioso, la tensione emotiva cresce ancora, così come l'insofferenza e l'irritabilità.

In via difensiva si ha allora l'assenteismo sempre più frequente e l'irrigidimento su posizioni di presa di distanza individuale, caratterizzate da un cambiamento profondo nel modo di percepire gli utenti (perdita di interesse nei loro confronti), uno sforzo continuo per ridefinire la situazione lavorativa in termini più intellettuali e meno coinvolgente sul piano personale; una determinazione continua nel tenere nettamente separati il lavoro e la vita extra-lavoro; un frequente ed esplicito disimpegno emotivo (la Maslach parla di "*ritiro psicologico*") che si manifesta in atteggiamenti personali di difesa ostentata dal coinvolgimento, di fuga da qualsiasi iniziativa personale e dalla responsabilità che non sia prevista dall'ordinamento burocratico-istituzionale del posto occupato.

Si sviluppano atteggiamenti stereotipati nei confronti del lavoro e degli utenti, che dà luogo ad una netta separazione fra *noi* (gli operatori) e *loro* (gli utenti), con l'attribuzione a questi ultimi delle cause di tutti i problemi dei primi; una focalizzazione più rilevante sui problemi in sé piuttosto che sulle persone con problemi, da cui la tendenza a trattare male le persone in quanto portano preoblemi irrilevanti e irrisolvibili.

Il rischio più grave che i responsabili del lavoro sociale (anche gli stessi utenti) corrono, nell'interpretazione del "*burning-out*" è quello di attribuirlo a limiti individuali dell'individuo "*bruciato*". A volte lo stesso operatore "*bruciato*" condivide tale interpretazione, reagendo con una autosvalutazione che abbassa notevolmente la sua fiducia nella possibilità di impegnarsi in modo creativo.

C'è chi infine (e sono tanti) preferisce il *ritiro razionalizzante* su posizioni, come quelle ispirate dal modello medico-specialistico, che indicano una identità professionale forse meno ambiziosa, ma certamente più precisa. Così diversi psicologi dei servizi pensano che il loro lavoro non possa essere altro che quello clinico individuale, di psicoterapeuta. Alcuni di essi esercitano anzi una attività psicoterapeutica come liberi professionisti al di fuori delle ore di servizio.

Gli psicologi assunti più di recente, a meno che non disponessero di una preparazione culturale e politica particolare, si sono inseriti nei servizi nel momento in cui dell'entusiasmo iniziale restava solo la delusione. Hanno perciò elaborato la propria identità professionale tenendo conto dei dati immediatamente emergenti.

C'è da tener presente inoltre che quella che in sede di progettazione dei corsi di laurea era la prospettiva individualista, dello psicologo come testista, collaboratore dello psichiatra, si era venuto trasformando, col passare degli anni, in seguito al rifiuto dei tests, in una rappresentazione altrettanto individualista ma più aggiornata quale quella dello psicologo come psicoterapeuta.

A noi sembra che l'impegno prevalente, o addirittura esclusivo dello psicologo in campo psicoterapeutico rappresenti una ridefinizione della sua identità professionale in termini restrittivi. E rischia di collegarsi (saldandosi alla propensione sanitarizzante della 833) ad una caratterizzazione prevalentemente in senso sanitario dei servizi sociali, i quali vedono restringere il proprio ambito di competenza alla presa in carico dei casi-limite, disperati. Vengono così sottolineati gli aspetti di *cura*, rinunciando di fatto, se non nelle intenzioni, a qualsiasi impegno di tipo preventivo.

3. Questo orientamento si rispecchia anche nelle scelte compiute a livello regionale: le regioni infatti hanno istituito le Unità Sanitarie Locali (e non le Unità Locali dei Servizi Sociali e Sanitari) trascurando di articolare in modo chiaro ed elaborato il discorso sulla dimensione sociale dei servizi considerati nel loro complesso. È vero che manca ancora la legge di riforma dell'assistenza e ciò crea difficoltà e squilibri. È anche vero però che le regioni e gli Enti locali, nonostante questa grossa lacuna, possono prendere iniziative concrete e rilevanti in materia sociale e gestire in modo integrato i servizi, come del resto prevedevano già la legge 382 (1977) e il decreto 616, e come viene riaffermato dall'impostazione culturale complessiva della legge di riforma sanitaria e delle specifiche indicazioni programmatiche in essa contenute. Eppure, finora l'assunzione delle competenze in tema di servizi sociali è avvenuta in modo molto disorganico e poco produttivo, creando confusione e scompensi nell'erogazione dei servizi.

Pensiamo alle lacune nelle iniziative riguardanti i fenomeni di devianza minorile, alla caduta d'impegno nella lotta contro l'istituzionalizzazione dei minori e degli anziani, alla liquidazione burocratica, a prescindere da ogni dibattito culturale, di iniziative alternative, alla caduta di tensione nel lavoro per l'inserimento scolastico e professionale degli handicappati.

Noi crediamo che il parziale insuccesso dei Consorzi socio-sanitari sia dovuto alla leggerezza spontaneista con cui questi problemi sono stati sottovalutati. Nulla di strano se si pensa alla cultura semplicistica, ispirata a modelli elementari di tipo *determinismo e automatismo sociale* che pervade ancora ogni piano di politica sociale di tutte le forze, anche delle più avanzate. Si è proceduto insomma come se la pura e semplice assunzione di poteri da parte degli Enti Locali potesse provocare il superamento definitivo della mentalità assistenzialistica, del modo di lavorare parcellare, delle preoccupazioni corporative degli operatori.

Il rischio più grave che si può correre in questo momento è che gli insuccessi accumulati, e che per contingenti preoccupazioni si tende a nascondere, inducano una sfiducia distruttiva che neghi ogni validità al piano di rinnovamento che i Consorzi hanno comunque abbozzato. Indicativo in questo senso, ad es., è che a Bologna il passaggio fra Consorzi e U.S.L. avvenga senza alcun impegno esplicito a tentare un bilancio critico di quello che, nel bene e nel male, i Consorzi sono stati. Tacere su quanto non ha funzionato potrà apparire come furbizia politica. Per noi è qualcosa di molto più grave. È soprattutto un'altra manipolazione della realtà, molto grave in quanto messa in atto da forze che puntano al rinnovamento della società italiana, che ostacola lo sviluppo di una cultura politica sociale e moderna, libera da ogni economicismo nella consapevolezza dell'interdipendenza fra sociale ed economico, e libera da ogni determinismo sociale perché aperta a cogliere la complessità delle forze in gioco nei processi della vita collettiva.

Senza alcuna pretesa di essere esaustivi crediamo valga la pena considerare con attenzione quanto il *semplicismo culturale* di politici e tecnici progressisti con cui sono stati gestiti i Consorzi Socio-Sanitari abbia influito a creare quel clima, almeno momentaneamente privo di entusiasmo e di fiducia, nel quale prendono avvio le U.S.L.

Con tutto ciò - tornando a parlare dello psicologo - non si vuole sostenere che nei servizi non si debbano fornire interventi terapeutici a chiunque ne abbia bisogno, ma si vuole precisare che la psicoterapia è *una* delle prestazioni dello psicologo, non l'unica ne la più importante: il discorso sul contributo che la psicologia può dare al processo di rinnovamento dei servizi - e sul lavoro concreto che lo psicologo adempie in esso - non può essere

ridotto ad un uso corretto della psicoterapia. Che tipo di psicologo ne esce allora?

Riteniamo sia necessario superare la mentalità semplicistica che riduce alla cotrapposizione tra modello libero-professionale e modello burocratico lo spazio disponibile per definire i criteri su cui si fonda la professionalità.

Certo questi modelli costituiscono entrambi degli schemi di riferimento precisi e già collaudati nel definire degli stili di lavoro: secondo il primo, derivato dalle professioni liberali, è su criteri di professionalità che l'operatore deve fondare le proprie modalità d'intervento, qualunque sia il tipo di bisogni presenti. Tali criteri sono garantiti da una associazione professionale cui l'operatore appartiene, che gli permette anche di soddisfare le sue esigenze di *libertà* nell'organizzazione del lavoro.

Secondo l'altro modello, derivato dall'analisi del funzionamento delle grandi aziende, i criteri di efficacia del lavoro sono da individuare nella fedeltà alle direttive ricevute e nella esatta applicazione delle stesse. Gli obbiettivi sono definiti in toto dalla istituzione e vi è un'organizzazione gerarchica del lavoro, con un controllo rigido da parte del superiore della qualità del lavoro svolto.

A nostro parere la ispirazione ideale dei nuovi servizi permette di intravedere, al di là di questi modelli, una nuova prospettiva che, assumendo come punto di riferimento una teoria dei bisogni sociali (o, per lo meno, l'impegno a comprendere i bisogni sociali) indica come compito essenziale dell'operatore quello di facilitare il passaggio di ogni cittadino dalla situazione di carenza alla situazione di impegno attivo per modificare la posizione propria e del proprio gruppo nel sistema sociale.

Una tale prospettiva riconosce il primato della dimensione politica nella impostazione dei programmi e prevede di utilizzare in tale ambito tutta la creatività e la capacità progettuale che la competenza professionale garantisce. Della attività di ogni operatore, così, nulla è predefinito e tutto deve essere negoziato: il rapporto con i politici, il rapporto con la popolazione (prestando particolare attenzione alla cultura locale), la traduzione in programmi operativi dei programmi politici, la continuità e la sicurezza della propria opera.

Perchè questo schema di riferimento possa effettivamente costituire la base della nuova operatività sociale occorre che molte cose cambino. A livello di identità professionale, che deve essere costantemente messa in discussione e nello stesso tempo costituire un solido punto di riferimento; a livello di organizzazioni professionali che devono essere luoghi di elaborazione culturale e non corporazioni ristrette; a livello di sindacati, che devono soprattutto difendere lo spazio per la creatività e la iniziativa di tutti gli operatori rinunciando ad un garantismo esasperato.

Il progetto della nuova impostazione dei servizi, dunque, implica una profonda elaborazione culturale di valori e di atteggiamenti sociali. Occorre infatti tradurre in dati culturali, in programmi di politica sociale, in comportamenti amministrativi l'impegno per la prevenzione, per il superamento delle istituzioni, per la lotta contro l'emarginazione.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. *Il lavoro degli psicologi in Italia*. Rapporto di ricerca a cura dell'Unità Operativa C.N.R. di Bologna, ciclostilato, Bologna, 1979.
- Maslach, C., *Burn-out: A social psychological analysis*, Paper presentato al Congresso dell'American Psychological Association, San Francisco, 1977.
- Palmonari A. e Zani B., *Psicologia sociale di comunità*, il Mulino, Bologna, 1980.
- Trevisan C., *Per una politica locale dei servizi sociali*, il Mulino, Bologna, 1978.

PSICOLOGIA DI COMUNITA' E PSICOANALISI

Alberto Rossati

A mio parere l'emergenza della psicologia (e della psichiatria) di comunità è legata sostanzialmente a due ordini di fattori:

a) da un lato l'irrompere sulla scena dei movimenti di lotta *anti-istituzionale*, attivi soprattutto in campo psichiatrico, e presenti nel campo più generale dei servizi socio-sanitari;

b) l'approvazione da parte del Parlamento di una serie di leggi (cui faceva riferimento anche Contessa) che spostano nel *territorio* il baricentro di tutt'una serie d'attività (sia assistenziali che terapeutiche) prima congelate all'interno dell'istituzione *chiusa*, (basti pensare a questo proposito alla Legge 405 sui consultori, alla Legge 180 sul superamento degli Ospedali Psichiatrici, alla Legge 833 di Riforma Sanitaria, ecc.).

Per quanto riguarda l'emergenza dei movimenti anti-istituzionali, condivido quanto di recente ha sostenuto speciale-Bagliacca:

"Le ideologie dei grandi movimenti alternativi hanno alla base motivazioni che, potremmo definire *tendenzialmente* depressive, nel senso kleiniano: tendono cioè a farsi carico delle sofferenze altrui.

Questo tipo di movente ideologico ha il merito di aver creato e catalizzato nuovi indirizzi di prassi e di ricerca in psicologia e in psichiatria, nel tentativo di scalzare il predominio e delle mentalità e delle ideologie segregazioniste ed autoritaristiche, ma, nello stesso tempo, ha alimentato presso alcuni, l'idea della possibilità di interventi *globali*, ponendosi così involontariamente al servizio della demagogia e dell'illusione.(1)

Il collocare nel territorio il centro nevralgico di tutt'una serie di attività preventive, terapeutiche, riabilitative, o, più genericamente, sociopolitiche (v. i *Consigli di quartiere*, o i *Distretti scolastici*), si rivela sovente con l'espressione - talvolta inconsapevole, talaltra coscientemente critica - del bisogno sempre più diffuso (specie nelle grandi città industriali dell'Italia del Nord) di *vita comunitaria*, bisogno che non di rado si apparenta con la nostalgia per quel tipo di vita che aveva trovato (forse) nel *borgo* medioevale nel villaggio rurale dell'Ottocento, e nella parrocchia degli inizi del Novecento il suo paradigma ideale. Già nella seconda metà dell'Ottocento F. Töennies aveva teorizzato le varie forme di aggregazione sociale o come *vita di comunità* (*Gemeinschaft*) o come *vita in società* (*Gesellschaft*).

"Ogni convivenza confidenziale, intima, esclusiva (così scopriamo) viene intesa come vita in comunità; la società è invece il pubblico, è il mondo. In comunità con i suoi una persona si trova dalla nascita, legata ad essi nel bene e nel male, mentre si va in società come in terra straniera. ...La comunità è la convivenza durevole e genuina, la società è soltanto una convivenza passeggera e apparente. È quindi coerente che la comunità debba essere intesa come un organismo vivente, e la società invece, come un aggregato e prodotto meccanico.(2).

Alla luce di questa concettualizzazione non è difficile cogliere in molte delle discussioni oggi in voga sul *territorio*, sul *quartiere*, sulla *gestione aperta e partecipata dei servizi*, il tentativo - in parte realistico in parte illusorio - di promuovere un modello di cultura ed uno stile di vita *alternativo*, diverso e contrapposto a quello abitualmente prevalente nella società tardo-capitalistica, cioè nella società burocratico-industriale, nella *società dei servizi*. Di uno stile di vita scandito da relazioni interpersonali basate sulla spontaneità e sulla fiducia, e fondato sopra un rapporto diretto ed immediato tra il cittadino ed il tessuto istituzionale.

Quanto sia difficile realizzare concretamente questo progetto nei quartieri di periferia - sempre più anonimi ed alienanti - delle grandi città industriali, in cui è costretta a vivere larga parte dell'umanità del nostro tempo, o nelle lande desolate di certe zone rurali che si spopolano per la tendenza all'urbanizzazione dei giovani e degli uomini in età lavorativa, tanto da essere abitate ormai quasi esclusivamente da anziani è cosa che, probabilmente, non è stata finora sufficientemente meditata e studiata né da un'angolazione psicologica, né secondo la prospettiva sociologica, né tantomeno dal punto di vista della strumentazione politico amministrativa...

Non solo. L'esigenza di un ritorno al *territorio* inteso come *vita comunitaria* lascia intravedere abbastanza facilmente, ove la si consideri da un punto di vista psicoanalitico, il bisogno - non di rado mascherato, ma comunque presente - di un recupero della fusionalità (intesa come rapporto diadico, e, quindi, in ultima analisi, come felicità del rapporto originario con la madre) che si scontra appunto col *principio di prestazione* tipico del modello efficientistico di razionalità imperante nella società industriale avanzata. E quindi il *territorio* viene non di rado a costituirsi come un contenitore, riempito proiettivamente di presenze materne, dietro alle quali però sta il vuoto...

L'esempio classico in questo senso è rappresentato dal tipo di applicazione che - tranne in pochi, fortunati casi - ha ricevuto finora la Legge 180, che sposta dall'Ospedale Psichiatrico al territorio il baricentro di tutte le attività - assistenziali e terapeutiche - in campo psichiatrico. Infatti, - pur partendo dall'esigenza sacrosanta di por fine una volta per tutte allo scempio rappresentato dall'istituzione manicomiale - la Legge 180 è stata interpretata ed applicata quasi sempre secondo la logica della *psichiatria del dove*. Infatti la stessa Legge 180 è solcata da un'ambiguità fondamentale: da un lato essa muove dal presupposto secondo cui *le malattie mentali sono malattie come tutte le altre* ribadendo una visione sostanzialmente medico-biologica del disagio psichico; dall'altro lato essa s'ispira all'ipotesi che la sofferenza del *malato di mente* non ha un'origine biologica, ma piuttosto psico-sociale; di qui l'opportunità di coordinare ed integrare i servizi psichiatrici ospedalieri con quelli territoriali (Centri d'Igiene Mentale, Ambulatori psichiatrici di zona). È da questa ambiguità di fondo che scaturisce l'equivoco che ha portato gli amministratori che finora hanno applicato la Legge 180 a privilegiare il problema del *dove* - cioè dell'ambiente o della sede in cui si svolge un certo lavoro terapeutico - su quello del *come* lo si fa. E quindi inevitabilmente, i cambiamenti e le riforme a cui la Legge 180 ha dato impulso si collocano quasi sempre nella prospettiva della *psichiatria del dove*, e ben raramente invece in quella della *psichiatria del come*, nel senso che tende a diffondersi in maniera sempre maggiore un modello di psichiatria che si preoccupa unicamente di quale debba essere il luogo dove curare il malato di mente e che, quindi, crede illusoriamente che una sede piuttosto che un'altra possa essere risolutiva, mentre risolutivo può essere solo il managemento e la gestione del rapporto terapeutico tra l'operatore ed il paziente.

Può darsi che questo tipo di difficoltà sia implicito nell'ambiguità del *mandato sociale* che viene affidato alla psichiatria ed agli operatori psichiatrici (è noto che, etimologicamente, psichiatria significa medicina dell'anima; *inoltre la psichiatria sta attraversando un grosso travaglio epistemologico per rifondarsi - dopo essersi costituita nella seconda metà dell'800 come disciplina medico-biologica - come scienza umana*). Ma torniamo alla psicologia di comunità.

Anche in questo campo le difficoltà le difficoltà e le aporie non mancano. Del resto una certa ambivalenza è implicita nel termine stesso *comunità*, che rimanda da un lato a *cum-munus* (dono da godere insieme) e dall'altro a *cum-moenia* (comune difesa da un nemico esterno).

In più la psicologia di comunità deve far fronte a tutte le difficoltà che incontrano le nuove discipline nel loro sorgere ed organizzarsi in maniera autonoma.

E quindi, se lo psicologo che opera privatamente ad esempio esercitando la professione di psicoterapeuta - incontra gli ostacoli di chi si cimenta con un lavoro indubbiamente difficile, ma d'altronde collaudato ormai da decenni di pratica professionale,- quali saranno gli ostacoli che incontra nel suo cammino lo psicologo che si avventura nel lavoro sul *sociale*, o, come oggi si preferisce dire, nel *territorio*, orizzonte sconfinato ancora tutto da esplorare? Se per *territorio* s'intende non già il mero ambito geografico, ma la *società civile*, il *luogo dei rapporti e dei bisogni sociali*, il luogo del *decentramento democratico e delle autonomie locali*, in ultima analisi il punto focale delle esigenze di partecipazione e di aggregazione spontanea dei cittadini, ecco allora che questa *nuova frontiera* si apre, non solo agli psicologi ma anche ai politici ed ai cittadini tutti, su un orizzonte ricco di promettenti possibilità, ma anche di rischiose illusioni.

Saranno i prossimi sviluppi del dibattito politico-culturale oggi in corso a dirci se la psicologia italiana (ed in questo un ruolo decisivo è rappresentato da quanto saprà fare o non fare la SIPS) sarà in grado di affrontare quel salto dalla rivendicazione al programma che oggi è chiamata a compiere. Facendo emergere concretamente, nel proprio processo di crescita scientifica e civile, una nuova figura di psicologo, capace di svolgere non solo i compiti più tradizionalmente collaudati della professione, ma anche in grado di cimentarsi con i compiti a cui lo psicologo sarà chiamato a far fronte -nelle istituzioni e nel territorio- dalle esigenze che vanno maturando, tra i cittadini come tra gli amministratori- in seguito ai provvedimenti che è necessario attuare per dare corpo alla realizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

BIBLIOGRAFIA

- 1) R. Speciale-Bagliacca, *Resistenza e ideologia nella formazione della percezione psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano, 1980, P. 51
- 2) F. Töennies, *Gemeinschaft und Gesellschaft*, trad. it. di G. Giordano (con introduzione di R. Treves), Comunità, Milano 1979 p. 45-47

LA FORMAZIONE DEGLI PSICOLOGI DI COMUNITA'

Raffaello Martini

La formazione degli psicologi di comunità per molti versi è comune alla formazione di tutti gli operatori, per cui le cose che dirò si riferiranno alla formazione degli operatori sociali in genere.

In questa relazione cercherò di approfondire questo discorso richiamandomi all'esperienza che sto facendo nel Consorzio Sociosanitario di Lucca, dove mi occupo dei problemi della formazione e dei problemi dell'organizzazione. Credo che tutto il mio discorso dovrebbe consentirci di individuare il tipo di psicologi e il tipo di operatori di cui abbiamo bisogno, per questa struttura dei servizi che deve essere rinnovata e che pone degli enormi problemi in questo momento.

La fase di transizione è tale per le strutture e per le metodologie operative che di conseguenza dobbiamo reinventare delle cose. Questa reinvenzione sul piano culturale, ci porta necessariamente ad assistere ad una modifica delle richieste di formazione. Il ruolo infatti è un dato organizzativo, le sue caratteristiche, le sue funzioni specifiche e aspecifiche dipendono dal tipo di organizzazione in base alla quale viene definito. In questo senso gli operatori che erano formati in un certo modo per un certo tipo di struttura, per questo tipo di struttura non servono più. Pertanto la mia convinzione è che pur ammettendo e affermando un rapporto di interdipendenza abbastanza chiaro e preciso fra gli operatori e la struttura, nel senso di un reciproco influenzamento, non si possa negare che i bisogni formativi nascono soprattutto dal tipo di organizzazione dei servizi, e dagli obiettivi che con questi servizi intendiamo perseguire.

Si tratta quindi di una formazione vista come centrata più sul ruolo operativo dei vari operatori che sulle discipline. Questo naturalmente deve mettere in guardia dal rischio di fare della formazione un processo di adattamento passivo di operatori a delle strutture che preesistono. Da questo punto di vista la situazione di transizione è particolarmente favorevole, nel senso che le strutture che sono esistite fino a questo momento dai più sono ritenute ormai non idonee a perseguire gli obiettivi della sicurezza sociale; di conseguenza si pone il problema del cambiamento che deve essere ricercato con la partecipazione in senso ampio, ma anche attraverso il coinvolgimento diretto e il contributo attivo di tutti gli operatori. Quindi è necessario rifiutare l'indottrinamento, l'informazione e la manipolazione, mentre la crescita è possibile solo attraverso il rapporto dialettico fra struttura organizzativa e operatori che in essa sono inseriti. Ciò consente di superare anche la divaricazione che esiste normalmente fra la struttura formale e la struttura informale. In una situazione di questo genere è possibile arrivare alla definizione di una organizzazione dei servizi che consenta di recuperare quello che una struttura rigida, burocratica o gerarchica aveva costretto nell'informale. Questo vuol dire recuperare anche delle risorse che sono fondamentali per una nuova operatività e per una maggior efficacia dei servizi. Ci troviamo quindi in una situazione di transizione che pone l'esigenza di un cambiamento che sia pianificato. Tutti gli operatori, quindi anche gli psicologi di comunità, devono concorrere per definire in un discorso molto più ampio, obiettivi e strategie. Il

problema degli psicologi di comunità non è ancora molto chiaro. Spesso c'è il rifiuto di questa denominazione proprio dagli operatori che nella realtà hanno come oggetto di intervento il territorio, che si rivolgono alla comunità, e che agiscono attraverso un'organizzazione che è essa stessa una comunità.

A me pare, che uno psicologo o qualsiasi operatore che lavori in un servizio pubblico, che tenda soprattutto alla prevenzione, non possa configurarsi che come operatore di comunità.

Non sempre è facile passare attraverso una fase di destrutturazione dei ruoli, quale è quella che in questo momento attraversiamo, facendocene carico responsabilmente senza delegare ad altri il compito di definirlo.

Un altro alibi, che viene utilizzato da alcuni operatori per evitare questo tipo di approccio, è quello che si può esprimere in questo modo: in fondo il problema del cambiamento è un problema politico a come tale si deve risolvere a questo livello. Per il tecnico, per il professionista, non c'è spazio. Assistiamo pertanto a queste difficoltà che gli operatori incontrano quotidianamente nel loro lavoro. Proprio per tutti questi motivi, il problema della formazione, intesa in senso lato, diventa un problema cruciale e si pone come obiettivo prioritario quello di consentire agli operatori in genere e forse agli psicologi di comunità in particolare, di passare da un ruolo che si è configurato come ruolo passivo, in una organizzazione di servizi di tipo settoriale e verticistico, ad un ruolo attivo nel quale sappiano spendersi e sappiano spendere totalmente le capacità e le conoscenze tecnico-scientifiche di cui sono in possesso, e in cui sappiano anche recuperare o inventare degli spazi nuovi.

Dicevo prima che è mia convinzione che i problemi formativi nascono dal contesto organizzativo. È per questo motivo che ritengo sia utile, anche come contributo a questo tipo di convegno, portare l'attenzione su ciò che avviene nel momento in cui ci poniamo il problema di cambiare l'assetto organizzativo dei servizi.

Mi pare che il problema centrale di tutto il discorso diventa da una parte il problema politico d'impostazione o di definizione degli obiettivi, dall'altra, il problema della lettura del territorio e dei bisogni ivi emergenti. È poi tutto affidato a dei servizi che non hanno la possibilità di riproporre se non vecchie metodologie operative, impedendo nel concreto, quell'innovazione che si va invece cercando. Per avere un referente preciso a questo discorso, faccio riferimento a quello che avviene nel Consorzio di Lucca e ad alcune riflessioni che, con una certa difficoltà, ho potuto fare, cercando di prendere un po' di distanza dall'esperienza quotidiana. Se vogliamo cambiare dobbiamo porci il problema di ristrutturare complessivamente i servizi sociali sanitari. E tale ristrutturazione deve avvenire con il concorso di tutti, perché per fare questa operazione servono molte risorse. Ma cambiare in funzione di che cosa? Ecco allora che nasce il problema degli obiettivi della sicurezza sociale, degli obiettivi a cui i servizi socio sanitari dovrebbero tendere. Tali obiettivi sono: la prevenzione sanitaria e sociale, la soggettività del cittadino, il superamento degli squilibri fra territori e fra categorie, la globalità degli interventi. Questi sono i quattro obiettivi fondamentali. Come sottobiettivo di questi o come strumenti per perseguire questi, la partecipazione e l'educazione sanitaria.

Se la struttura organizzativa che dobbiamo creare deve tendere al perseguimento di questi obiettivi, essa deve necessariamente avere alcune caratteristiche. Innanzitutto essa deve avere un'organizzazione flessibile. Non possiamo pertanto riproporre, una struttura che è rigida e una struttura immodificabile. È ormai chiaro che i bisogni sociali sono in continua

e rapida evoluzione e perciò un'organizzazione sanitaria progettata sui bisogni dell'oggi rischia di essere già obsoleta in un breve periodo e perciò inutilizzabile rispetto agli scopi per i quali era usata. Ciò non vale solo per le caratteristiche della struttura organizzativa ma anche per la struttura edilizia. Ad esempio a Lucca negli anni '60 è stato progettato un istituto per gli handicappati per la cui realizzazione sono stati investiti miliardi. L'opera attualmente ultimata non serve più. Ai problemi degli handicappati si danno altre risposte. Ora il problema è: cosa fare di questa struttura. L'organizzazione deve essere quindi flessibile, cioè deve avere la capacità di riprogettarsi nel tempo sia in funzione dei cambiamenti che si verificano a livello della tecnologia sia in funzione dei cambiamenti che si verificano al livello dei bisogni del territorio. In genere, all'interno dei servizi è estremamente difficile portare delle tecnologie nuove proprio per la rigidità che questi hanno. L'altro discorso fondamentale è quello della partecipazione. Di solito ci riempiamo la bocca della parola *partecipazione*, diciamo che la partecipazione deve esserci; poi, per lo meno per quanto riguarda alcuni servizi socio-sanitari, abbiamo delle strutture che la partecipazione non possono prevederla. Non solo non la incentivano, ma non sono capaci di assorbirla; perchè hanno una struttura rigida, con delle metodologie operative anch'esse rigidamente definite. Gli spunti che provengono dalla popolazione attraverso i momenti partecipativi, si disperdono nelle pieghe dell'organizzazione burocratica. La possibilità per la popolazione di modificare la struttura e i servizi rendendoli più rispondenti ai propri bisogni è assai scarsa perlomeno rispetto a certe strutture di tipo centralizzato e verticistico. L'obiettivo della partecipazione dei cittadini, della flessibilità organizzativa, ci pongono nella necessità di ridefinire complessivamente il quadro organizzativo nel quale ci muoviamo e di sviluppare anche al suo interno la massima partecipazione da parte degli operatori fin dal momento della progettazione. Prima parlavo di passaggio da un ruolo passivo ad un ruolo attivo degli operatori. Io credo che ciò debba avvenire fin dal momento in cui si pone il problema delle caratteristiche dei servizi da impiantare. Questa nuova funzione degli operatori porta ad un decentramento all'interno della organizzazione di responsabilità e di potere, e alla creazione di maggiori autonomie. Non serve più pertanto una struttura che abbia molti livelli gerarchici, in cui le funzioni di programmazione, organizzazione, intervento e verifica sono separate e collocate a diversi livelli. Non serve più perchè tale divisione impedisce appunto la flessibilità dell'organizzazione. Si tende perciò alla ricomposizione di queste funzioni e alla riunificazione delle tre *carriere* che caratterizzano la divisione del lavoro nel settore pubblico, cioè, la *carriera esecutiva, direttiva, e di concetto*.

Questa divisione del lavoro a livello orizzontale e soprattutto a livello verticale non regge più. La divisione verticale del lavoro, prevede, che ci sia una ricomposizione a livello dei *gruppi operativi* di tutte le funzioni ricordate, intendendo per gruppi operativi quelli che hanno un impatto diretto con il territorio.

Altro aspetto fondamentale è costituito dal decentramento sul territorio. È chiaro che i servizi devono essere portati là dove sono i cittadini, e dove nascono i bisogni e non viceversa. Allora il problema diviene: mantenere in piedi una organizzazione sanitaria che sappia reggere al decentramento, in maniera da poter rispondere in termini corretti ai bisogni di differenziazione che ci sono e ai bisogni di interazione fra i vari settori dell'organizzazione, che sono collocati sul territorio.

L'organizzazione del consorzio è una organizzazione per distretti. È un'organizzazione decentrata dal punto di vista della divisione del potere, con il decentramento delle

funzioni che sono le funzioni più qualificanti ai livelli operativi e dal punto di vista territoriale. I gruppi operativi sono: i gruppi di distretto, i gruppi del servizio all'interno del distretto, i gruppi dei progetti. Essi nascono quindi da bisogni abbastanza nuovi e partono proprio dalla considerazione che non è possibile correre il rischio di creare delle strutture separate, cioè che non è possibile mettere dei servizi l'uno accanto all'altro senza integrazione tra loro o senza una certa differenziazione. Le diverse équipes devono progettare insieme l'intervento ed effettuare insieme le verifiche. I problemi della progettazione e soprattutto della verifica sono cruciali. Credo che bisognerà con sempre più forza affermare la necessità di attrezzarci di strumenti che ci consentano di fare delle verifiche sistematiche. Gli strumenti di verifica che vengono utilizzati in ambito aziendale, nel settore socio-sanitario non servono.

Inubbiamente sia la progettazione che la verifica devono avvenire con la partecipazione della popolazione. Però questo non è sufficiente.

Lo sforzo per individuare e fornire anche gli operatori degli strumenti precisi che consentono di affrontare in termini corretti i problemi della programmazione e della verifica è conseguente all'arricchimento delle mansioni specifiche di ogni ruolo professionale. Programmazione e verifica sono infatti funzioni aspecifiche, aree aspecifiche rispetto al ruolo. Ecco perchè forse per moltissimi degli aspetti e dei problemi che ci troviamo ad affrontare, ci sono delle aree che sono comuni a tutti gli operatori socio-sanitari.

Rispetto a queste funzioni si riscontrano le maggiori carenze dal punto di vista della formazione. Si potrebbe continuare scendendo più nel merito delle dinamiche organizzative per evidenziare l'aspetto comunitario dei servizi, per dimostrare che la comunità non sia solo la comunità alla quale è rivolto l'intervento ma anche quella che proclama l'intervento. È necessario pertanto essere in grado di leggere l'organizzazione ed il suo funzionamento. Da questo punto di vista però non tutti gli operatori possiedono gli strumenti idonei e le motivazioni a farlo.

Dallo psicologo ci si attende la capacità di leggere i sistemi e le relazioni fra sistemi, la capacità di leggere e di interpretare i bisogni, un contributo per le dinamiche di gruppo, un contributo per la formazione. Le aree potrebbero essere molte. Rimane il problema del rifiuto di questo tipo di impegno, di questo tipo di operatività a favore invece di una scelta più centrata sull'intervento terapeutico.

Come si dovrebbe fare formazione forse si sa da tutte le parti.

Il problema è che spesso non ci sono le condizioni, non ci sono le volontà politiche. Credo che l'unità sanitaria locale, in questo caso particolare il Consorzio, debba farsi carico, in termini di progetti e di interventi, della formazione degli operatori sociali e sanitari senza continuare ad aspettarsi un intervento di altre strutture.

Il Consorzio di Lucca ha costituito un ufficio che ha chiamato Ufficio Ricerca Formazione e Sviluppo, dopo aver superato una serie di difficoltà iniziali che naturalmente spingevano in direzione diversa.

A questo ufficio, è affidato il compito di individuare i bisogni formativi che nascono dalla situazione operativa, dal territorio e dall'assetto organizzativo che il Consorzio va via via assumendo e di fare delle proposte formative che devono naturalmente essere discusse con gli operatori, ai quali viene riconosciuta la soggettività della loro formazione.

Si tratta di una formazione che non è fatta da alcuni su altri, ma di una formazione intesa come processo di crescita collettiva.

Sono stati realizzati alcuni progetti di carattere generale, cioè rivolti a tutti gli operatori, e

alcuni progetti più settoriali rivolte a fasce specifiche di operatori. In particolare fino a questo momento i problemi della formazione che abbiamo affrontato riguardano gli operatori dei consultori. Il consultorio è l'unico servizio del Consorzio di nuova istituzione.

Si è posto quindi il problema di una riprogettazione, di una reinvenzione del consultorio. Rispetto a questo gli operatori si sono sentiti scoperti sul piano professionale. Anche perchè nel consultorio si tende a focalizzare soprattutto l'aspetto preventivo dell'intervento. Contemporaneamente va avanti il progetto di formazione di tutti gli operatori del Consorzio.

Una formazione che non è intesa, come dicevo prima, come acquisizione di conoscenze e di nozioni ed è finalizzata essenzialmente, in questa fase, alla definizione di un progetto organizzativo. La formazione è in questa fase necessariamente una formazione aspecifica, non è cioè focalizzata sul ruolo ricoperto dagli operatori, ma si rivolge a tutti gli operatori. Un aspetto interessante della formazione è che alcune esperienze fatte in ambito formativo poi hanno trovato un riscontro successivamente in ambito organizzativo, cioè sono diventate delle strutture organizzative.

BIBLIOGRAFIA

- French-Bell *Lo sviluppo organizzativo* Isedi - Milano 1977
- W. Bennis *Il cambiamento organizzativo* Isedi - Milano 1975
- G. Lapassade *L'autogestione pedagogica* Ed. F. Angelini

SVILUPPI DELLA PSICOLOGIA DI COMUNITA' IN INGHILTERRA

Mike P. Bender 1980

Sono sicuro che la maggior parte di voi è pienamente a conoscenza delle principali opinioni sulla psicologia di comunità, tuttavia, per parlare su una base comune, ne delinearò le principali caratteristiche:

1 - paragonata ad approcci più tradizionali, la psicologia di comunità possiede un maggior radicalismo politico

2 - ciò la rende decisamente più vicina ai singoli e ai gruppi utenti, che alla burocrazia del servizio o alla categoria professionale

3 - al modello medico della malattia mentale, preferisce le teorie della psicologia interpersonale e della classificazione/devianza; nel campo della pratica preferisce metodi di cambiamento comportamentali e comunitari piuttosto che la chemioterapia e la psicodinamica

4 - la psicologia di comunità è antiistituzionale. La grande istituzione, qualsiasi sia il suo scopo, è disumanizzante di per sé. I gruppi devono essere piccoli e devono stare nella loro comunità

5 - lo scambio di capacità è preferito allo scambio di consenze

6 - la psicologia di comunità utilizza altre scienze con un'estensione maggiore che la tradizionale psicologia applicata; ciò differisce da altre categorie professionali che ignorano spesso il lavoro fatto in discipline contigue.

In inghilterra ci sono stati cambiamenti nella pratica psicologica che riflettono alcune opinioni della psicologia di comunità. Molti psicologi seguendo un'idea di prevenzione hanno cercato di lavorare al di fuori degli ospedali che li avevano assunti.

Gli psicologi che hanno cambiato il nucleo del loro lavoro passando dalle istituzioni alla comunità possono essere descritti come *professionisti della comunità*. Questi psicologi vogliono lavorare direttamente con la popolazione locale, aiutandola a risolvere i suoi problemi sociali e politici. Non vogliono identificarsi con lo psicologo tradizionale perchè questo implica un controllo istituzionale e il ruolo di paziente per gli utenti. Scopo principale degli psicologi di comunità quello di far sorgere una coscienza politica e sociale della comunità.

Lo sviluppo della psicologia di comunità in qualsiasi paese richiede che certe condizioni vengano rispettate. Esse sono:

1 - che un numero significativo di psicologi di comunità con tecniche e scopi comuni, siano in grado di sostenersi e di scambiarsi informazioni senza pretendere di unirsi in una categoria professionale;

2 - un numero di posti sufficienti: le società più avanzate dovrebbero convincersi dell'utilità di assumere psicologi con capacità di lavoro non tradizionali

3 - questi psicologi dovrebbero mettersi in relazione con la comunità che servono, non all'interno delle istituzioni

4 - se c'è bisogno di costruire alloggi residenziali, dovrebbero essere e a base locale

5 - piccoli gruppi locali dovrebbero prendere il posto delle grandi istituzioni

6 - infine, se la psicologia di comunità deve avere una base teorica valida, essa deve collegarsi ad un vasto programma di ricerca sulla natura della comunità, il suo funzionamento e il suo sviluppo. Ciò richiederà lo sviluppo di un linguaggio non medico a proposito dello sviluppo mentale e del disturbo emozionale.

Negli ultimi tempi in Inghilterra gli psicologi si sono trovati almeno quattro situazioni vantaggiose:

1 - hanno instaurato relazioni meno diffidenti con le comunità locali

2 - sono in una posizione ottimale per effettuare un lavoro di prevenzione

3 - si è diffusa socialmente una mentalità antiistituzionale

4 - c'è una maggiore libertà dal modello medico.

Io credo che la psicologia di comunità trarrà numerosi vantaggi dall'essere presente nei servizi territoriali. Ci saranno differenze locali e di personalità, ma lo sviluppo della psicologia di comunità andrà di pari passo con lo sviluppo e l'asestamento dei servizi territoriali.

Secondo il mio modello teorico la psicologia di comunità deve operare con *approccio a più livelli*. Questo approccio prevede che l'intervento dello psicologo si esprima a tre livelli:

1 - quello dei clienti, (individui o gruppi)

2 - quello con l'équipe verso gruppi particolari di clienti

3 - quello con gli amministratori nella progettazione, programmazione e verifica degli interventi e dei servizi.

Se la principale responsabilità degli psicologi è quella di influenzare la qualità della vita degli utenti, essi devono effettivamente operare a tutti e tre questi livelli.

Un buon lavoro individuale è insufficiente di per sé, e molti psicologi dopo un periodo di lavoro a questo livello sono d'accordo nell'aspirazione ad allargare la loro area di intervento. D'altra parte è improbabile che uno psicologo sarà invitato alla progettazione o alla programmazione se non dimostra capacità di intervento sull'individuo e di comprensione per i problemi organizzativi. Per queste ragioni io suggerisco che un servizio psicologico si sviluppi partendo da un lavoro al primo livello, per arrivare ad esprimersi a tutti e tre i livelli.

Il gradino iniziale cui è chiamato a lavorare uno psicologo nei servizi è quello del lavoro con individui o gruppi, e le capacità che gli sono richieste sono quelle diagnostiche o di terapia o addestramento, sebbene a volte venga richiesto anche un lavoro di consulenza e di formazione con l'équipe. Se il lavoro dello psicologo sarà efficace, i responsabili del servizio cominceranno a vedere la possibilità di usare in modi diversi del suo tempo. Diventando più familiare con i problemi del servizio, lo psicologo stesso vedrà altre occasioni d'impiego delle sue capacità. L'allargamento del raggio d'intervento deve essere programmato con accortezza, altrimenti lo psicologo rischia di sovraccaricarsi, diventando così meno pronto a rispondere alle situazioni di crisi, che sono quelle per le quali l'ente l'ha assunto; l'amministrazione comincerà ad essere meno fiduciosa dello psicologo e la sua reputazione diminuirà.

Il livello di lavoro sulle crisi individuali o di gruppetti di utenti offre discrete soddisfazioni allo psicologo, in quanto, una volta preso in carico un caso egli può usare i metodi che desidera ed ha un controllo diretto ed immediato sul proprio lavoro ed i suoi risultati. Il limite di questo livello è nel limitato numero di persone su cui si può intervenire.

Inoltre a questo livello lo psicologo non ha alcuna possibilità di influenzare i fattori

strutturali che rendono disagiata la vita degli utenti. Questo perchè egli spende il suo tempo e le sue energie con l'utente, e così tende ad avere meno attenzione ai problemi organizzativi.

Queste limitazioni creano una spinta a lavorare al secondo livello: cioè con gruppi particolari di utenti. Io chiamo questo lavoro come *progetto*, dove lo psicologo lavora su un'intensivo programma di trattamento, con una valutazione prima e dopo. Compito dello psicologo è la *trasmissione di capacità* cosicché, dopo un certo tempo, egli è in grado di collocarsi in un ruolo di consulente esterno al gruppo di utenti. Esempi di questo tipo nel mio quartiere di Newham sono: un programma per l'autonomia economica in un centro di addestramento professionale per adulti handicappati mentali; un piano di addestramento alla vita in comune di due case-alloggio; la conduzione di un gruppo di agorafobici, con un'assistente sociale che lo terrà in carico anche per il futuro, come leader; progettazione di corsi per il comportamento di adulti doppiamente handicappati. Alcuni progetti sono possibili solo con un servizio psicologico organizzato apposta per operare a questo livello. Il lavoro per esempio funziona meglio se nell'équipe c'è più di uno psicologo, e sono possibili scambi di idee e sostegni reciproci. Nei lavori al secondo livello si produce molta più carta che in quelli al primo livello, perchè più persone sono coinvolte. Questo per esempio necessita di una buona segretaria dattilografa. Una ricerca sull'uso del tempo della sezione psicologica di Newham nel 1975, mostrò che si spendeva circa il 17% del tempo in *telefonate, dattilografia e fotocopiatura* che avrebbero potuto essere svolte da una segretaria. Infine è importante che gli psicologi ottengano il riconoscimento del loro ruolo di *scienziati applicativi*, cosicché gli sia concesso di spendere del tempo nella ricerca. Questo ruolo deve essere costruito sulla certezza che la ricerca ha implicazioni pratiche circa l'avanzamento del lavoro e la programmazione. Tuttavia, anche in presenza di un chiaro accordo sull'importanza di questo ruolo, in un servizio psicologico indaffarato il lavoro quotidiano porterà a considerare un lusso il tempo speso per la ricerca.

Per tale motivo, un assistente alla ricerca, o almeno studenti ricercatori, dovrebbero essere acquisiti non appena parte un progetto.

Le limitazioni del secondo livello sono che l'équipe selezionata per il progetto è di solito fatta di persone competenti e perciò più mobili sul piano occupazionale. Questo lascia spesso allo psicologo il poco divertente compito di insegnare le stesse cose ai sempre nuovi arrivati.

Allo stesso tempo, anche i più abili utenti se ne vanno presto, così il compito dello psicologo diventa doppiamente difficile. Un altro problema è che la ricerca è spesso difficile da definire, difficile da integrare armoniosamente nel programma d'intervento e difficile da assegnare a qualcuno di interessato e competente. Infine il numero di progetti può essere seguito dalla stessa équipe, da sola, gradualmente decresce. Sempre più spesso, il bisogno di un sostegno amministrativo e politico, di risorse in aggiunta, di riorganizzare il lavoro in generale del servizio, giunge alla consapevolezza dello psicologo.

Allora la motivazione a lavorare al terzo livello - programmazione, pianificazione e controllo - è che esso permette la possibilità per lo psicologo di influenzare i cambiamenti organizzativi e strutturali. Per esempio un programma per migliorare la qualità della vita in una casa per anziani, era a livelli molto bassi, a causa della scarsa qualità e motivazione dell'équipe. Simili limitazioni possono essere superate soltanto migliorando le procedure di selezione, aumentando le opportunità di formazione e le occasioni di carriera. Tutte

queste idee per essere realizzate, richiedevano che gli psicologi fossero capaci di influenzare per un lungo periodo di tempo la programmazione e l'uso delle risorse. Il passaggio al terzo livello avviene per lo più attraverso due strade. È essenziale che gli psicologi siano rappresentati alle riunioni degli amministratori per la formazione delle équipes perché l'abilità dei gruppi coinvolti è la chiave determinante del successo dei progetti. Il coinvolgimento e l'efficienza degli psicologi nei loro vari ambiti di lavoro, insieme alla sensazione che lo psicologo può magicamente scoprire ogni processo recondito, dovrebbe garantire l'accesso a queste riunioni. Secondariamente, il loro lavoro dovrebbe dargli una buona comprensione dei fatti cosicché essi sanno molto di più degli amministratori ciò che accade sul campo.

È molto difficile per i managers di un servizio con più di 2000 operatori e diversi dipartimenti, sapere che cosa accade giorno per giorno, e questa mancanza di conoscenza causa molte ansietà. Dato che gli psicologi sono abbastanza visti come personale qualificato, questo dovrebbe render loro facile avere una certa influenza a livello del controllo e della programmazione a breve termine. Avendo acquisito competenza a questo livello, il gradino finale è quello di essere coinvolti in una pianificazione a lungo termine, per esempio di nuove risorse, di differente uso del tempo e di nuovi modelli organizzativi. Io sospetto che molti servizi psicologici siano abbastanza deboli negli interventi del terzo livello. Questo non è sorprendente perché non c'è alcuna ragione per cui un buon operatore del territorio sia anche un buon manager, e gli psicologi raramente hanno una formazione in tecniche manageriali.

Inoltre, questo è il livello di lavoro meno coinvolgente sul piano personale. Il numero di incontri che necessitano per pianificare il più semplice obiettivo sembra senza fine. Il rinforzo è spesso così dilazionato che lo stimolo originale può difficilmente essere ricordato. A causa di questi svantaggi, in Newham noi abbiamo continuato troppo a lungo a non prestare abbastanza attenzione ai problemi della pianificazione. Noi abbiamo varato progetti che spesso si scontravano contro le limitazioni della programmazione in atto, come la qualità e l'uso delle risorse, i trasporti, e la collaborazione del campo, che noi non eravamo in grado di influenzare.

Io suggerirei che i tre livelli sopra descritti costituiscano una naturale progressione; dato un gruppo di psicologi competenti, il processo può essere facilitato da:

- 1 - avere obiettivi di lungo termine per lo sviluppo dei ruoli psicologici e delle aree d'intervento
- 2 - non intraprendere nessuna consultazione se non ci sia la probabilità che le richieste siano soddisfatte o almeno seriamente considerate
- 3 - creare coppie di due psicologi che lavorino insieme per unire le proprie forze e per offrirsi maggiori punti di vista su un problema
- 4 - pur essendo specializzati i ruoli, le discussioni sull'andamento ed il futuro delle singole aree d'intervento, devono coinvolgere tutti i membri delle équipes
- 5 - i membri dell'équipe devono essere selezionati in base alla loro competenza teorica a tutti e tre i livelli, e pratica in almeno due di essi
- 6 - tutti gli psicologi, indipendentemente dall'anzianità, devono lavorare ad almeno due livelli
- 7 - alcune ulteriori capacità dovrebbero essere messe a disposizione degli amministratori in modo che gli psicologi possano aiutarli nelle crisi.

Finora noi abbiamo considerato la psicologia di comunità dal punto di vista dei servizi

sociali: era mia intenzione occuparmi anzitutto della qualità delle istituzioni. Tuttavia non c'è ragione di trascurare tutti gli aspetti della partecipazione e della difesa dei diritti del cittadino, che sono un aspetto della psicologia di comunità. Purtroppo senza una conoscenza precisa della legislazione dei servizi, gli psicologi hanno scarsa possibilità di occuparsi di questi problemi. Occorre dunque che gli studenti di psicologia facciano corsi approfonditi circa la politica sociale. Finora gli psicologi non hanno mostrato grandi capacità nella promozione della partecipazione e della tutela dei diritti dei cittadini. Tuttavia mentre è chiaro che le condizioni economico-sociali hanno grandi implicazioni sul benessere dei cittadini, noi non siamo certi che gli psicologi hanno sufficienti capacità nell'influenzare queste condizioni. Anche se le avessimo, la nostra utilità sarebbe limitata dal momento che, come dice Coser, *nessun governo nella storia ha mai deliberatamente finanziato la sua opposizione*.

Gli psicologi applicati dovrebbero smettere di considerarsi non preparati per i servizi sociali. Se è vero che molte équipes non sono preparate, nessun operatore sociale può fornire delle prestazioni pienamente controllate.

I servizi del territorio, essendo nuovi hanno ancora un'organizzazione fluida, che è perciò più aperta all'innovazione.

BIBLIOGRAFIA

- Adelson, D. e Kalis, B. (eds) 1970. *Community Psychology and Mental Health*. Scranton: Chandler
- Albee, G.W. 1959. *Mental Health Manpower Trends*. New York: Basic Books.
- Albee, G.W. 1970. *The uncertain future of clinical psychology*. *American Psychologist*, 25, 1071-1080.
- Bender, M.P. 1972. The role of the community psychologist. *Bullettin of the British Psychological Society*, 25, 211-218.
- Bender, M.P. 1974. *Psychology: Industry and/or scientific craft?* *Bulletin of The British Psychological Society*, 27, 107-115.
- Bender, M.P. (in collaboration with Anthea Sperlinger and Alison Cooper) 1975. *Manpower requirements in clinical psychology - some empirical data*. L.B. of Newham, Social Service Department: unpublished paper.
- Bender, M.P. 1976. *Community Psychology*. London: Methuen.
- Brown, G.W. and Sawyer, C.E. 1978. *Uses and abuses of psychologists - some alternatives for psychologists working in social service departments*. *Bulletin of The British Psychological Society*, 31, 218-222.
- Brown, G.W. and Harris, T. 1978. *Social Origins of Depression*. London: Tavistock.
- Caplan, G. 1964. *Principles of Preventive Psychiatry*. London: Tavistock.
- Dickens, P. 1978. *The defective psychologist - clinical psychology and mental handicap*. *Bulletin of The British Psychological Society*, 31, 40-41.
- Krause, E.A. 1968. *Functions of a bureaucratic ideology: Citizen participation*. *Social Problems*, 16, 129-143.
- Laishley, J. and Coleman, J. 1978 *Community psychology for the under-fives*. *Bulletin of The British Psychological Society*, 31, 227-228.