

## PSICOLOGO : FIGURA SANITARIA ?

La professione di psicologo in Italia - dopo la splendida partenza degli anni '70 e '80, che videro l'assunzione di circa 6.500 psicologi a tempo indeterminato nel Servizio Sanitario Nazionale e l'inserimento di altrettanti liberi professionisti negli altri ambiti lavorativi (scuole, comunità, formazione, giustizia, attività privata...) - sembra essersi 'arenata' in una situazione di stallo un po' particolare.

All'aumento vorticoso di laureati in psicologia - 90.000 dei quali già abilitati e iscritti all'Ordine - non hanno fatto riscontro una crescita occupazionale corrispondente né una diffusione e distribuzione articolata della professione, mentre a livello di pubblico permane una rappresentazione piuttosto stereotipata dello psicologo e del suo lavoro.

Le ragioni che hanno portato a questa *impasse* sono tante e di varia natura; alcune di contesto (la crisi economica, la riduzione delle politiche del Welfare, la medicalizzazione eccessiva del concetto di salute e di assistenza, la liberalizzazione dei corsi di laurea, la proliferazione di profili professionali 'affini'...), altre riportabili alla specificità dell'area disciplinare e professionale (riforma universitaria del 3+2, scarsa presenza della componente professionale nei percorsi di formazione universitaria, offerta non differenziata di specializzazioni post lauream, proliferazione delle scuole di psicoterapia, declinazione fondamentalmente "soggettiva e individuale" dell'esercizio professionale, esiguità di società scientifiche accreditate, prove di efficacia degli interventi psicologici poco documentate e diffuse...).

Una situazione diventata complessa, che nel suo progressivo costituirsi è stata diversamente percepita e valutata dai soggetti maggiormente coinvolti (ordine professionale, università, scuole di formazione, associazioni di categoria...) e che, sfuggita ad uno sforzo condiviso di interpretazione, alla fine non è stata ... "*governata*" da nessuno.

Il risultato è che - a 25 anni dall'entrata in vigore della legge sull'ordinamento della professione (Legge 56/'89) - sollecitata e ottenuta allo scopo di definire l'identità professionale dello psicologo e di regolamentare l'accesso all'esercizio della professione - i due obiettivi non sono stati pienamente raggiunti. Gli psicologi, pur essendo numerosi, di fatto non riescono ad intercettare la vastità e varietà di 'domanda' diffusa nei diversi settori della società (ha funzionato la *regolamentazione*, ma non la '*regolazione*' della professione); l'identità professionale dello psicologo - malgrado la legge di ordinamento - continua a presentare contorni di incertezza e di indefinitezza.

Anche se i due aspetti non sono separabili, è sul secondo che vorrei **aprire un confronto**, prendendo spunto dalla proposta - inserita nel DDL 1324 del Ministro della Salute Lorenzin, già approvato dalla Camera e in procinto di essere votato in Senato - **dell'inclusione dello psicologo fra le professioni sanitarie**.

E' stato questo un obiettivo perseguito a livello nazionale dal CNOP attraverso un percorso iniziato con il riconoscimento esclusivo della psicologia clinica agli psicologi, proseguito con altri atti conseguenti (partecipazione al Sistema ECM, passaggio dell'Ordine sotto la vigilanza del Ministero della Salute, rappresentanza nel Consiglio Superiore di Sanità) e del quale oggi é importante capire quali conseguenze concretamente produrrà.

Una riflessione su questo specifico punto, credo, possa essere utile per tutti. La domanda dalla quale può partire un confronto di opinioni può essere questa:

***"Quali effetti produrrà sull'identità professionale e sullo sviluppo della professione l'inclusione dello psicologo fra le professioni sanitarie?"***

## I° INTERVENTO

**MARCO GUICCIARDI - Professore associato di Psicometria – Università di Cagliari**

*“L’invito è allettante e la formula scelta per la sua diffusione ancora di più. Tuttavia nel rispondere al quesito posto da Paolo Bozzaro non posso non andare oltre la sua formulazione e riferirmi ad alcuni presupposti da lui citati in premessa.*

*Il primo: la psicologia è una scienza giovane (rispetto alle altre) ma una professione giovanissima. Come tale si entusiasma facilmente per le grandi imprese, ma trascura l’esigenza di un confronto quotidiano teso a stabilire prassi condivise: essendo il mondo della soggettività, di cui è espressione, spesso confuso con quello dell’anarchia, sia pure creativa.*

*Il secondo: in questi venticinque anni due obiettivi sono stati raggiunti: a) si sa che attività svolge uno psicoterapeuta, anche se in realtà è l’unico professionista che non teme di essere smentito; b) si sa che per diventare psicoterapeuti la formazione non termina mai. Se quanto attiene al punto a) motiva da oltre quaranta anni la immatricolazione di frotte di giovani desiderosi di diventare futuri analisti, quanto riportato al punto b) diventa una logica conseguenza per tutti coloro che, laureati in psicologia, si iscrivono alle scuole di specializzazione in psicoterapia, ritenendo la scelta effettuata la migliore possibile.*

*Date queste premesse l’inclusione dello psicologo tra le figure sanitarie non farebbe altro che rafforzare gli assunti precedenti, rendendo la loro coerenza e attualità la prova provata della correttezza delle scelte compiute e della bontà della politica professionale.*

*Del resto ci sono tanti motivi per poter essere felici se questo ambito obiettivo andasse in porto: non fosse altro perché la salute e la sicurezza sono sancite quali diritti inalienabili a livello europeo e occuparsi della tutela sanitaria delle persone significa vedersi legittimare un ruolo altrimenti precario. Ma credo che oltre a questo ci sia ben altro che varrebbe la pena discutere e condividere, proprio iniziando da ciò che non viene lambito dal riconoscimento degli psicologi quale figura professionale sanitaria.*

*Innanzitutto la formazione di base: se la psicologia è una professione sanitaria quale rilevanza viene assegnata durante il corso di studi alla pratica professionale? Ad esempio, quanto incide l’obbligo del tirocinio nella formazione curriculare? Come viene espletato, quali gli obiettivi di apprendimento, quale tutorship?*

*A seguire, quali tutele si vogliono garantire a chi opera in contesti non sanitari di rilevanza psicologica (es. lavoro e organizzazioni, formazione, etc.)? Quali riferimenti dovrebbero avere costoro per lo sviluppo di una loro identità professionale? Chi dovrebbe provvedere alla loro formazione, anche continua nel tempo?*

*Infine: da sempre chi opera nell’ambito, oramai privilegiato, della sanità sa bene che specializzazioni e discipline non sono sinonimi. Forse varrebbe la pena iniziare a ragionare anche in questa direzione se si volesse trovare una soluzione al seguente impasse: da quando sono nati i corsi di laurea in psicologia la formazione degli psicologi viene svolta dall’Università, mentre la loro professionalizzazione si costruisce altrove e successivamente: il che non è poco per gli esperti del hic et nunc! “*

[marco.guicciardi@gmail.com](mailto:marco.guicciardi@gmail.com) - 28.aprile.2014

## II° INTERVENTO

**Santo Di Nuovo – Professore ordinario di psicologia generale – Università di Catania**

*“L’ingresso formale della psicologia fra le professioni sanitarie, se da un lato ci associa definitivamente alle scienze della mente, dall’altro ci fa confrontare con modelli di ricerca e di applicazioni diversi da quelle a noi consueti.*

*La verifica di efficacia che viene richiesta alle scienze della salute non si limita solo alla valutazione dei trattamenti psicologici confrontati con quelli farmacologici: su questo argomento esistono miriadi di ricerche il cui esito è ben noto, e dimostrano che la psicoterapia (se fatta bene, ovviamente) è utile anche nel modificare l’assetto psicobiologico della mente: lo ha affermato persino il premio Nobel Eric Kandel e lo hanno ripetuto eminenti neuroscienziati al di sopra di ogni sospetto.*

*Ma non solo di psicoterapia vive l’intervento dello psicologo nel mondo della salute, bensì anche di prevenzione, di interventi psicoeducativi e psicosociali, di riabilitazione di disabili e anziani, e così via: anche questo è stato ripetuto a sufficienza.*

*In tutti questi campi va dimostrato che la psicologia è scienza alla pari delle altre con le quali condividiamo il mondo della salute; l’ingresso in esso a pieno titolo, anche formale, aggiunge questa sfida, sui cui temi attuali mi soffermerò brevemente, come contributo al dibattito aperto sul blog.*

*Il dibattito sulla psicologia come scienza, acceso dalle critiche di Eysenck alla psicoanalisi a metà del secolo scorso, è stato esteso fino a coinvolgere in generale la scientificità di tutti i trattamenti che tentano di modificare la psiche usando mezzi psichici. Quest’ultima specificazione appare essenziale perché i trattamenti che modificano la psiche mediante mezzi chimici (le terapie farmacologiche sono oggi le più diffuse) non vengono messi in discussione quanto a scientificità, dato che ai trials clinici sull’efficacia dei farmaci viene attribuita una validità tanto scontata quanto (a parere di molti) non sempre meritata.*

*Con riferimento alla psicologia applicata al mondo della salute, occorre chiedersi preliminarmente se i criteri di scientificità che vengono richiesti alla verifica dei trattamenti possono essere gli stessi usati in altre scienze.*

- dare definizioni chiare dei concetti e dei postulati;
- usare procedure leggibili e ripetibili;
- essere aperta al controllo intersoggettivo;
- avvalersi di un metodo razionalmente fondato per la convalida delle ipotesi.

*La psicologia come scienza, di conseguenza, dovrebbe fondarsi sui seguenti presupposti epistemologici:*

- l’intervento psicologico è un agire mirato in generale al cambiamento delle componenti della mente che creano sofferenza e/o disadattamento, con delle mete specifiche che derivano dal modello teorico cui il terapeuta fa riferimento;
- le mete definite vengono perseguite in ciascun modello teorico usando tecniche specificamente utili, vale a dire le più adatte e le più economiche consentite dagli obiettivi e dal contesto; queste tecniche sono leggibili e ripetibili dall’esterno in modo da assicurare l’intersoggettività del controllo;
- gli esiti dell’intervento si producono all’interno di una relazione tra ‘soggetti’ le cui dimensioni sono valutabili e spiegabili in termini sia teorici che fattuali.

*La valutazione scientifica dell’intervento psicologico non può prescindere dal criterio del superamento - o rilevante riduzione - dei problemi per cui l’intervento è stato intrapreso o che si sono evidenziati nel corso di esso.*

*Questo tipo di valutazione in base ad un criterio di efficacia interessa, oltre lo psicologo che si preoccupa di verificare se ciò che fa ha degli effetti in qualche modo documentabili all’esterno, anche il committente pubblico (il manager dell’ASP che deve quantificare l’efficacia delle prestazioni del servizio di psicologia) o privato (chi investe in psicologia vuole dimostrare la scientificità dei mezzi usati e la positività degli esiti).*

*Gli spazi di intervento in psicologia della salute sono tanti, in parte inesplorati per dedicare grandi risorse ed energie alla psicoterapia. Gli esempi non mancano, anche su questo blog.*

*Tempo fa, scrivendo su questi temi su una rivista di psicologia clinica ho usato la metafora del viaggio di esplorazione in territori nuovi: si intravedono fertili campi poco sfruttati, e si immaginano i prodotti che*

potrebbero essere ricavati dalla loro coltivazione intensiva. Ma – mi chiedo - perché questo impegno produttivo è ancora poco sviluppato? Quali sono le ragioni per cui la prassi di verifica empirica di ipotesi sulla relazione, e più in generale, sull'intervento terapeutico, è poco diffusa e guardata con circospezione se non con sospetto tanto dagli sperimentalisti quanto dai clinici?

Ci sono certo ragioni metodologiche (la confusione fra ricerca sperimentale e la raccolta e l'analisi di dati quantitativi, che fanno la 'vera' scienza); altre ideologiche: l'intervento psicoterapeutico sarebbe talmente complesso da non lasciare spazio a deduzioni o previsioni di tipo meccanicistico e causalistico, per cui ogni tentativo di analisi delle relazioni tra i dati osservabili sarebbe necessariamente riduzionistico. Questo è in parte vero, ma abbiamo centinaia di articoli e volumi che dimostrano come ci sono criteri di scientificità e metodi applicabili alle scienze cliniche senza scimmiettare i metodi 'forti' delle neuroscienze, ma con finalità e tecniche proprie, basta conoscerle e applicarle (bene).

Sul piano epistemologico la psicologia clinica non ha bisogno di appiattirsi sui metodi sperimentali di laboratorio per darsi dignità scientifica. Quando essa affronta un oggetto che non si presta a scomposizioni riduttive e uno scopo non solo conoscitivo ma anche trasformativo, diversa e peculiare deve essere la sua metodologia, sull'esempio della ricerca-azione.

La complessità del lavoro clinico e terapeutico evidenzia delle regolarità che vanno inferite mediante lo studio sistematico degli indicatori che ne 'rappresentano' gli aspetti essenziali. Certo, lavorare su indicatori e non sulla realtà stessa è di per sé riduzionistico: tutti i ricercatori (e i clinici) abbastanza smalzati sono convinti che le variabili quantificate da un test psicometrico non dicono tutta la verità sul malessere psichico di una persona; che spesso è molto labile il confine tra il normale disagio indotto dallo stress quotidiano e la percezione di 'patologia' da parte della persona stessa o del suo contesto sociale (inclusi quanti devono diagnosticare il tipo e il grado di questa presunta patologia); che il modello medico-nosografico spiega solo una piccola parte della variabilità e la dinamicità insita nella relazione clinica o nel lavoro di prevenzione; che la ricerca empirica sulla psicologia applicata ai problemi della salute non può consistere soltanto nel soppesare col bilancino della quantificazione ciò che si è modificato dopo l'intervento, o tanto meno quale sarà l'efficacia di un intervento preventivo a grande distanza di tempo.

Ma la ragione forse più pregnante è ancora un'altra.

Sono solito citare spesso un saggio che mi impressionò molto negli anni della mia formazione, in cui l'autore, dopo aver brillantemente passato in rassegna le possibilità di utilizzazione nella pratica clinica di modelli teorici psico-sociali, concludeva: "Abbiamo bisogno di studi controllati sulle relazioni teoriche. Abbiamo bisogno di una cornice teorica per operare come clinici. Ma il clinico non deve compiere egli stesso questa ricerca. Deve tenersi informato su di essa ... I ricercatori di base e i clinici stanno in un rapporto produttivo, simbiotico. Gli uni tracciano i principi generali; gli altri li applicano al mondo reale" (Brehm, 1976, p. 237).

Questa separazione tra 'chi fa' e 'chi fa ricerca' è stata ampiamente smentita dalle acquisizioni della psicologia scientifica. Sul piano normativo, la legge che in Italia ordina la professione di psicologo prevede, tra i compiti di questo professionista delineati nell'art. 1, a pieno titolo anche la sperimentazione e la ricerca. I tempi sono maturi per pensare ad una figura di operatore-ricercatore capace di abbinare alla prassi terapeutica la logica scientifica della ricerca-azione in cui lo stesso operatore verifica l'effetto e l'efficacia del proprio operare. Questa logica permette di fondare scientificamente il lavoro psicologico-clinico senza scindere artificiosamente il momento in cui si fa ricerca (in laboratorio? ma qual è il laboratorio della clinica, se non la pratica stessa?) e quello in cui se ne 'applicano' i risultati.

Ma questa logica soprattutto ci consente di far parte a pieno titolo nel mondo sanitario non come professionisti che applicano (più e meno bene) criteri e tecniche scientifiche apprese dai libri o studiate durante gli anni della formazione, ma – e qui entriamo veramente in competizione con farmacologi e neuroscienziati forti dei loro risultati di laboratorio - capaci di verificare scientificamente la propria prassi. Se si diffondesse questa logica, avremmo grandi possibilità di affrontare con successo la sfida con gli altri professionisti della salute, lavorando a pari titolo insieme ad essi per dare una risposta scientifica alla richiesta di benessere fisico e psichico che viene dalla società".

### III° INTERVENTO

#### **PEPPE SAMMARTANO – Direttore del Servizio di Psicologia – ASP di Trapani**

*“Trovo l’interrogativo, posto da Paolo Bozzaro, di particolare interesse, ancorché di non semplice sviluppo. L’iniziativa governativa, sostenuta dal CNOP, mi appare come l’ultimo (e più coerente) tassello di una linea che gli psicologi nella loro globalità prevalente (come movimento culturale) e, soprattutto, le organizzazioni che li rappresentano hanno sostenuto fin dalla comparsa della professione nel contesto dell’organizzazione sanitaria.*

*E’ apparsa ai più, fin dall’inizio, come una linea di maggior tutela (sotto il profilo giuridico-economico e, in taluni casi, sotto quello giudiziario) in un mondo che offre poche sponde rassicuranti a chi non naviga entro sponde già definite. E ciò può essere condivisibile, se considerato isolatamente.*

*Non sono stati, invece, sufficientemente considerati altri aspetti di questa scelta cui corrispondono altrettanti nodi concettuali che restituiscono al tema la sua intrinseca complessità.*

*Innanzitutto, l’errore logico – la fretteolosità – di omologare l’intero assetto professionale che discende dalla psicologia ad una dimensione sanitaria, laddove si stenta a comprendere cosa vi sia di sanitario nella docenza, nell’attività formativa, nell’attività dei consulenti giudiziari (a vario titolo) o in quella degli psicologi del lavoro o degli psicologi delle organizzazioni o degli psicologi scolastici.*

*Aspetti minoritari della professione, in senso quantitativo si dirà, ma non meno rilevanti nel determinarne lo statuto culturale.*

*Inoltre, la scarsa considerazione in cui è stata tenuta in genere, la differenza tra i modelli teorico-operativi per i quali la relazione consequenziale malattia-terapia-riabilitazione-guarigione assume significati sostanzialistici (come accade nel comportamentismo e nel cognitivismo) da quelli (come i modelli a marcata connotazione umanistica, prevalenti in Italia, pur nelle loro diversità ed incomunicabilità) in cui l’anzidetta concatenazione assume al più significato allusivo, metaforico: tanto da spingere alcuni autori, se pur minoritariamente, a disegnare l’attività psicoterapeutica piuttosto come una variante di percorsi formativo-trasformativi ed educativi che come una attività propriamente clinica in senso medico. La stessa psicoanalisi ha da sempre rifiutato la propria inclusione nel grande ed indefinito universo delle psicoterapie.*

*Infine, la questione dell’omologazione, alla cultura sanitaria prevalente nel paese, e dell’identità della disciplina che, per non pochi aspetti, conserva connotati eccentrici (difficili da sostenere per non pochi adepti): è ovvio che ogni processo di omologazione, essendo improntato al do ut des, conduca a qualche vantaggio per l’omologante e per l’omologato (e gli esempi, anche senza ricorrere alla corruzione, non mancano); altrettanto ovvio è che l’omologazione comporti, se non rinunce, limitazioni al proprio fare, narrazioni del proprio fare che, alla lunga, influiscono, modificandole, sulle narrazioni concernenti l’essere sull’identità dei singoli come della compagine di cui sono parte. E non è detto che queste narrazioni abbiano valore evolutivo. Dipende dal punto di vista.*

*Ritengo ragionevole, quasi tautologico, supporre che la scelta in fieri promuoverà ulteriormente quella omologazione della professione alla dimensione sanitaria, venendone a soffrire la componente critica e non conformistica con cui la psicologia, ai suoi albori come professione, tendeva per lo più ad accreditarsi verso buona parte degli adepti e verso la società.*

*E, se ciò potrà essere intrinsecamente funzionale per i modelli che “lavorano” ponendosi esattamente nella stessa angolazione della medicina (di essa rappresentando solo una variante tecnico-metodologica, come la biologia, ad esempio, nei laboratori d’analisi), ritengo sarà un’ulteriore ferita identitaria per quei modelli, di tipo pur variamente umanistico, che si muovono su un terreno epistemologicamente differente e non immediatamente compatibile con quello della medicina. Gli adepti saranno così spinti a reificare sempre più le metafore cliniche di cui si avvalgono e, nel giro di qualche anno, di psicologi capaci di sostenere ed alimentare una posizione eccentrica nel sistema non ve ne sarà più facile traccia, se consideriamo che già oggi le spinte all’omologazione presenti nel sistema hanno già*

*ridimensionato fortemente l'idea romantica, così in auge negli anni '70, dello psicologo come agente di cambiamento.*

*L'idea dell' agente di cambiamento omologato è un bel paradosso da offrire alla riflessione, per altro così tiepida, concernente l'evidente declino politico-sociale della professione.*

*E' probabile che da lì partirebbe l'ennesima disputa tra chi sostiene che il declino discende dall'eccesso di omologazione (come chi scrive) e chi pensa che sia dovuto al suo deficit.*

*Ne suggerisco un'altra: ostinarsi in percorsi unitari o pensare a possibili separazioni?"*

[giuseppe.sammartano56@gmail.com](mailto:giuseppe.sammartano56@gmail.com) - 6 ottobre 2014