

Attraverso la presentazione di una sperimentazione formativa realizzata con operatori sociosanitari impegnati sul terreno delle tossicodipendenze e dell'AIDS, il volume delinea una rassegna scientifica sul processo di formazione ed esplicita i criteri per la costruzione di un percorso che possa effettivamente dirsi formativo: l'obiettivo è di fornire una sistematizzazione teorico-pratica, in senso manualistico, destinata a tutti gli operatori la cui professione ha per oggetto, a vario titolo, la prevenzione e l'educazione alla salute.

La necessità di un modello teorico di riferimento, la corretta individuazione degli obiettivi di lavoro, la selezione adeguata dei temi da trattare, la metodologia e gli strumenti idonei a favorire l'elaborazione, la riflessione e la maturazione interiore che sono specifiche del processo di formazione, sono problemi operativi basilari. Lo stesso aspetto concreto e pratico dell'organizzazione di un corso costituisce una variabile interveniente di fondamentale importanza, per il conseguimento effettivo degli obiettivi. Infine è necessario approntare e tarare strumenti idonei a valutare i risultati conseguiti.

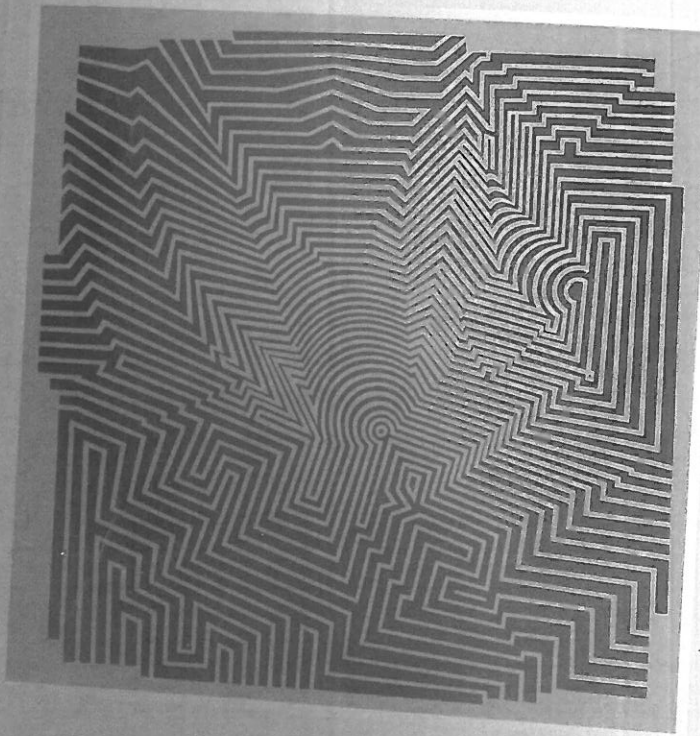
Tutti i suddetti aspetti vengono affrontati in questo volume, sia nella rassegna critica, sia attraverso la ricerca sperimentale, attuata progettando da un corso con criteri, setting e strumenti tali da individuare variabili misurabili. In questa prospettiva gli autori delineano i caratteri specifici e distintivi della formazione psicosociale e i connotati scientifici di tal branca applicativa della psicologia. Di conseguenza si sottolinea la specifica professionalità del formatore. Il problema della formazione costituisce un oggetto unitario, qualunque sia il settore di professioni cui esso si riferisce, in quanto è incentrato su di un processo interno alla persona, sul quale e solo nel quale possono impiantarsi con efficacia competenze di singole professioni diverse.

Il volume intende pertanto contribuire ad una corretta applicazione della formazione psicosociale, che permetta di attuare interventi realmente formativi, nei vari settori sociali e produttivi, nel pubblico come nel privato, anche e soprattutto in settori multiproblematici, come quello della sperimentazione da cui trae origine il lavoro qui presentato.

Antonio Imbasciati, Alberto Ghilardi, Sandra Vincenzi, Loredana Cena

TOSSICODIPENDENZE E AIDS

Manuale per la formazione psicosociale degli operatori



Università degli Studi di Brescia
Cattedra di Psicologia

- Goldstein I.L., *Training Program, development and evaluation* Monterey, Cal., Brook/Cole, Publ. Co., 1974.
- Hague H., *Executive self development*, London, Macmillan, 1974.
- Hambling A.C., *Evaluation and control of training*, London, Mc., Graw-Hill, 1974.
- Hambling A.C., *Evaluation of training*, Industrial Training, 5, 11, 1970.
- Humble J., *Improving the performance of the experienced manager*, London, Mc. Graw-Hill, 1973.
- Kaneklin C., "Fondazione e complessità del legame individuo, gruppo, organizzazione" in Caprara G.V. (a cura di), *Personalità e rappresentazione sociale*, N.I.S., Roma, 1988.
- Kaneklin C., Olivetti Manoukian F., *Conoscere l'organizzazione*, N.I.S., Roma 1990.
- Imbasciati A., *Istituzioni di Psicologia*, vol. I: Introduzione alle Scienze Psicologiche, UTET Libreria, Torino, 1986.
- Imbasciati A., Cena L., Difficoltà di apprendimento e deficit delle simbolizzazioni protomentali; Atti convegno *La difficoltà ad apprendere*; Cattedra Neuropsichiatria infantile, Torino, 3-4 Giugno 1988.
- Imbasciati A., Cena L., La relazione d'apprendimento, *Psicologia e Società*, XIV, 1, 1989.
- Mac Lean P.D., (1975) *Evoluzione del cervello e comportamento umano. Studi sul cervello trino*, Einaudi, Torino, 1984.
- Meltzer D., *Studi di Metapsicologia allargata*, Cortina, Milano, 1986.
- Meltzer D., *La comprensione della bellezza*, Loescher, Torino, 1981.
- Moscovici S., Introduction in C. Herzlich, *Santè e maladie*, Paris, Mouton, 1969.
- Moscovici S., *La psychanalyse, son image e son public*, Paris, Puf., 1961.
- Olivetti Manoukian F., Attivismo e attività nella pratica sociale in Speciale Bagliacca (a cura di) *Formazione e percezione psicoanalitica*, F. Angeli, Milano, 1980.
- Palmonari A., Le rappresentazioni sociali, *Giornale Italiano di Psicologia*, VII, 2, 1980.
- Piccardo C., L'analisi della domanda di formazione in "Sviluppo ed organizzazione", 1986.
- Quaglino G.P., *La valutazione dei risultati della formazione*, Milano, F. Angeli, 1979.
- Quaglino G.P. Carrozzi, *Il processo di formazione*, F. Angeli, Milano 1983.
- Quaglino G.P., Testa G. *Tendenze della formazione al management in Italia*, Quaderni Asfor, 3, 1979.
- Russel B., (1912) *I problemi della Filosofia*, Feltrinelli, Milano, 1970.
- Simonelli C., Solano L., *Psicologia e AIDS*, N.I.S., Roma, 1988.
- Stella S., *Lavoro interno e lavoro esterno*, C.S.T., Torino, 1986.

Capitolo 2

Dalla teoria alla prassi:

la realizzazione di un percorso formativo per operatori socio-sanitari

Loredana Cena *

2.1 Professionalità socio-sanitarie e istituzioni

All'avvio di ogni specifico percorso formativo si rileva metodologicamente indispensabile per noi "operatori della formazione" condurre una riflessione oltre che sui contenuti teorici generali, sul "significato" più peculiare della formazione all'interno della realtà che si viene a coinvolgere con il nostro progetto. Da qui è nata l'esigenza di tradurre l'esperienza condotta in forma non solo di dati ottenuti attraverso il nostro specifico percorso formativo, ma di un documento scritto, che ha acquisito i caratteri più generali di questo manuale. Esso va considerato in qualità di una riflessione, partita da quello che è il "significato", modulato su un "contenuto" teorico specifico di riferimento su cui si fonda il processo formativo, specificatamente studiato per operatori socio-sanitari.

Il lavoro socio-sanitario si è consuetudinalmente mosso all'interno di strutture burocratizzate, oppure attraverso volontariato che forniva prestazioni obblative. Con la progressiva organizzazione dei servizi in unità sanitarie socio-assistenziali si è sentita la necessità di un aggiornamento del personale, con modalità che si ritrovano già da molti anni collaudate in ambito industriale. Per cui da alcuni anni nel settore socio-sanitario è andata progressivamente maturando la consapevolezza, da parte delle autorità di gestione, che gli investimenti nel versante della formazione potevano considerarsi facenti parte della politica di funzionamento e cooperazione globale del servizio stesso. Questo ha dato origine ad un fenomeno di incremento di richieste di formazione.

Prima però di entrare nella descrizione della prassi operativa, del "come" strutturare un percorso di formazione, secondo i presupposti teorici descritti precedentemente, è necessario un esame del "chi" si andrà a formare. Ciò comporta dunque prioritariamente considerare quelle che sono le caratteristiche degli utenti che usufruiranno del progetto formativo. Il nostro specifico caso dovrà esaminare aspetti che caratterizzano appunto gli operatori socio-sanitari, a cui è rivolto il progetto formativo che ci è stato affidato.

Con operatori socio-sanitari si definisce, in modo piuttosto vago e non circostanziato, un gruppo di persone che appartiene a istituzioni sociali, sanitarie e assistenziali. Le rappresentazioni che lo stesso termine "socio-sanitario" evoca sono spesso contraddittorie, in quanto vi appartengono persone che lavorano in servizi con preparazione e qualificazione professionale che rientra sia nell'ambito delle scienze umane, come psicologi, educatori, assistenti sociali, sia nel campo delle scienze cosiddette biologiche come medici, infermieri, assistenti sanitari. All'interno dei servizi tra figure sanitarie e sociali è presente una separazione con una sanitarizzazione prevalente. Tutte queste figure con

* Collaboratrice Cattedra di Psicologia, Università degli Studi di Brescia, Facoltà di Medicina e Chirurgia.

professionalità diverse sono chiamate a svolgere un lavoro che la nuova Riforma Sanitaria vuole di "équipe", con interventi non settoriali, all'interno di istituzioni pubbliche che perseguono progetti di educazione e assistenza, relativamente a problematiche della salute, secondo modalità che rispondono a obiettivi per cui il servizio è stato voluto e progettato. Gli operatori si inseriscono in questo contesto con la loro storia individuale, il loro curriculum professionale e culturale. La preparazione di base di alcune di queste figure professionali è molto variegata, conseguita non sempre con percorsi diretti e con itinerari culturali che non a tutti hanno fornito capacità di muoversi nelle situazioni concrete.

La metodologia conoscitiva di base che è stata insegnata loro è di tipo deduttivo, tale per cui "si ritiene sconosciuto e in conoscibile ciò che non deriva da ben codificati principi" (Olivetti Manoukian, 1984). Questa modalità di approccio alle problematiche viene utilizzata anche a livello operativo, nell'ambito professionale, per cui ne deriva una difficoltà a "ricercare, sottoporre a verifica, ad apprendere quello che deriva dalla propria esperienza" (Ibidem). Per quanto riguarda invece le scienze sociologiche e psicologiche non è possibile costituire un corpus di "leggi" utilizzabili per un intervento tecnico dettagliato applicabile ai problemi pratici. (Zettemberg, 1962 in Olivetti Manoukian, 1984).

Il fabbisogno di personale socio-sanitario nelle strutture viene rilevato da studi e ricerche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questi parametri tuttavia sono alquanto approssimativi, elaborati al di fuori di una valutazione dell'organizzazione del lavoro e dunque di quelle erogazioni di prestazioni che i servizi devono essere in grado di poter fornire al territorio. Per determinare il fabbisogno di personale si renderebbe necessaria invece un'analisi delle "funzioni" che si rilevano essere indispensabili, per quelle determinate strutture. Si tratta di indagare i fabbisogni che si caratterizzano essere non soltanto di tipo quantitativo ma di tipo qualitativo, fabbisogni che sono in rapporto alle tipologie di servizi e alle prestazioni che vengono erogate. Non si richiedono soltanto parametri numerici, ma parametri qualitativi, che hanno come riferimento l'analisi delle funzioni e dell'organizzazione del lavoro. E' necessario distinguere le diverse funzioni che caratterizzano ogni intervento e vedere come queste siano mutate nel tempo, in sé e nelle loro interrelazioni reciproche. Questo aiuterebbe a capire la necessità di continue ridefinizioni nella identità professionale degli operatori.

In una organizzazione del lavoro l'elemento principale che va esaminato prioritariamente sono gli obiettivi e l'individuazione delle funzioni. Nel caso dei servizi sanitari se l'obiettivo è "curare le persone", dovranno essere individuate le funzioni di lavoro necessarie alle strutture per adempiere questi obiettivi. Delineate le funzioni si tratterà di attribuire ogni funzione ad una determinata professionalità. La pubblica amministrazione italiana è, rispetto agli altri paesi della Comunità Europea, in ritardo nello sviluppo dei settori di intervento socio-sanitario. Il reclutamento degli operatori avviene secondo una funzione amministrativa, che si basa su procedure che non richiedono una particolare professionalità, bensì cultura generale, certificata dai titoli di studio acquisiti. Nei servizi sanitari inoltre spesso manca una cultura dell'organizzazione del lavoro. Nella situazione ospedaliera mansioni e ruoli sono definiti, nel territorio invece ogni operatore deve essere in grado di programmare e organizzare la sua attività rispondendo alla domanda esterna e stabilendo i collegamenti con gli altri servizi. Lo sviluppo del settore dei servizi sociali da tempo attende una regolamentazione delle normative, ma soprattutto una spe-

cifica metodologia d'intervento. La psicosociologia delle organizzazioni ci insegna che ogni istituzione è qualcosa di complesso e quindi necessita di una organizzazione per poter funzionare. Va poi considerata la relazione stretta che esiste tra organizzazione del lavoro e professionalità dei lavoratori, che in particolar modo nei servizi socio-sanitari è pregnante.

I processi di trasformazione nell'industria sono prevalentemente dovuti all'innovazione tecnologica che sostituisce all'attività condotta prima dalle persone, un lavoro svolto da macchine. Per la Sanità il discorso invece va rovesciato. Il progresso tecnologico, l'utilizzo di strumentazioni tecnico-scientifiche, non sostituisce la prestazione dell'operatore anzi, al contrario di quanto avviene nell'industria, richiede una sempre maggiore professionalità di tipo umano da parte dell'operatore stesso. Rispetto ad altre organizzazioni, i servizi sociali e sanitari hanno una caratteristica particolare: la loro efficacia dipende dalla capacità degli operatori e dalle relazioni che questi hanno con gli utenti. In fabbrica la qualità del prodotto non è direttamente proporzionale al rapporto fra operatore e utente, ma è strettamente dipendente dalle modalità di fabbricazione e di tecnologia inerente a questa. Il prodotto offerto nei servizi socio-sanitari invece è strettamente correlato con la funzione fornita dagli operatori. L'erogazione di una prestazione, -così si può intendere il prodotto fornito da strutture socio-sanitarie,- è connessa alla formulazione di una esplicita richiesta. Questa è in relazione all'avvertimento di uno stato di bisogno. La richiesta a sua volta è direttamente dipendente dalla funzionalità dei servizi, dall'organizzazione entro cui sono situati e dall'azione degli operatori (Bassanini, 1981). La funzione degli operatori socio-sanitari determina la destinazione della domanda.

I servizi si caratterizzano pertanto da una dinamica processuale costituita dalla formulazione di una domanda e dalla erogazione di una prestazione, in qualità di risposta ad un bisogno. Partecipano a questo processo tre elementi: l'utente, il servizio e l'operatore, i quali si trovano in una interazione dialettica. L'utente pone la domanda in relazione a certi bisogni, l'operatore riceve la domanda, la interpreta e ponendosi in qualità di strumento tecnico dell'ente la modifica in rapporto alla funzione conferitagli dall'ente stesso, costituendosi come una variabile che incide sulla fruizione delle prestazioni in un modo che si presenta qualitativamente significativo. Ciò che caratterizza i servizi sociali e sanitari rispetto ad altre organizzazioni è che la loro "efficacia" è principalmente fondata sulle capacità individuali e sulle relazioni che l'operatore stabilisce con l'utente stesso. I servizi socio-sanitari in genere si caratterizzano per la modalità di risposta ai bisogni dell'utente. L'operatore quindi ha una funzione che è di "mediazione" e di "canalizzazione" dei bisogni (Minardi 1980). Il problema dell'organizzazione socio-sanitaria è allora agire proprio sulla risorsa del suo personale, per poter garantire una sempre maggiore efficienza nella erogazione delle prestazioni. L'organizzazione sanitaria va pertanto esaminata come un sistema aperto, in cui gli stimoli esterni comportano un costante processo di adattamento al sistema stesso. I bisogni manifestati dal territorio e dall'ambiente andranno acquisiti dal sistema, che deve organizzare le risorse per farvi fronte. Secondo la tipologia dei sistemi organizzativi aperti, caratterizzata da costanza, dinamicità e flessibilità, la domanda espressa dal territorio va sempre e ogni volta "riscoperta", proprio perché l'ambiente è considerato in continuo movimento, in evoluzione. Parlare di professionalità socio-sanitarie rimanda al concetto generale di cosa si intende per "professiona-

lità". La professionalità assume una sua vita quando l'operatività lavorativa diventando più complessa, all'interno del sistema e nelle sue interazioni con l'ambiente, acquisisce tonalità sempre più astratte nel senso che non è più individuabile in uno specifico prodotto, bensì nel contributo che il lavoratore dà al funzionamento del servizio organizzativo e al raggiungimento dell'obiettivo previsto.

Parlare di un maggiore o minore grado di professionalità implica più che competenze tecnologiche precise, una maggiore o minore capacità di partecipazione al funzionamento del sistema organizzativo. Questo funzionamento è garantito da una serie di processi che il sistema utilizza per mantenere una direzione costante e di raggiungere l'obiettivo prefissato. In generale i contenuti della professionalità si sostanziano nel grado maggiore o minore di partecipazione a tale processo e nel livello che la professionalità acquisisce in quella maggiore o minore capacità di tenere sotto controllo variabili sempre più complesse, all'interno di quei medesimi processi. I processi, attraverso i quali si snoda l'organizzazione del sistema socio-sanitario e prende forma la professionalità propria dell'operatore che lavora all'interno di queste organizzazioni, vengono individuati in quattro momenti: l'intervento verso il singolo, l'intervento verso la collettività, la ricerca di obiettivi generali e particolari. (Bassanini, 1981). A seconda delle proprie capacità, della propria formazione di base, dell'esperienza maturata, ogni operatore contribuisce a ciascuno di questi quattro processi che gli permetteranno di mantenere sotto un certo controllo le variabili costituite dall'organizzazione e dall'ambiente esterno. La professionalità socio-sanitaria, al di là della logica inerente la mansione operativa, può essere definita in relazione al contributo che il lavoratore porta ad ognuno di questi quattro processi. La professionalità contribuisce a determinare inoltre quella che è l'identità professionale dell'operatore, la quale è considerata come un aspetto dell'identità sociale dell'individuo e definita come la rappresentazione del rapporto tra il soggetto, la sua attività e la posizione che esso occupa all'interno della organizzazione complessiva nel luogo di lavoro, in modo tale da influenzare il comportamento e la percezione di sé del soggetto. L'identità professionale è allora anche in relazione alla qualità e agli attributi che hanno valore per il soggetto e che sono in funzione del gruppo di riferimento, della valutazione di essi e del sentimento di continuità con l'identità individuale.

L'esperienza lavorativa, nonostante il suo significato sia concepito in modo non univoco e omogeneo, può essere una delle situazioni più importanti di come l'individuo giudica se stesso e di come viene giudicato dagli altri. Per ogni individuo poi la rappresentazione del lavoro è legata al significato che esso assume in rapporto alla sua cultura, alla struttura sociale cui è inserito e ai valori in cui crede. Le persone si rappresentano il lavoro con attitudini, mentalità, aspettative e progetti che si sono costruiti attraverso processi di maturazione individuale e collettiva di socializzazione. Questo confluente a determinare le loro identità nei confronti dell'attività lavorativa che svolgono. La formazione è uno di quegli elementi che concorrono a definire il percorso che porta alla professionalità, in quanto la formazione può essere considerata ricerca sulla propria operatività e sulla propria identità professionale, e come tale diventa il filo conduttore che permette di collegare tra loro i quattro processi individuati in un continuum, caratterizzando quello che è lo sviluppo professionale. La professionalità pertanto ha una sua evoluzione, in relazione agli interventi, all'interno di una formazione definita permanente, interventi

che utilizzeranno concretamente il lavoro, in qualità di situazione di apprendimento. Come si vedrà in seguito vi è un collegamento molto intimo fra interventi sull'organizzazione dei servizi e formazione.

2.2 Formazione, riqualificazione, aggiornamento

In un discorso sulla formazione professionale degli operatori socio-sanitari è necessaria una preliminare precisazione sulle varie tipologie di quella che viene contraddistinta in ambito socio-sanitario come attività formativa, tipologie che si diversificano tra di loro per metodi ed obiettivi. Tre termini vengono di solito usati: formazione, riqualificazione, aggiornamento. Ai tre termini non corrisponde però una adeguata distinzione concettuale, con una conseguente indeterminatezza, che diventa confusione operativa.

Un operatore socio-sanitario si trova una dotazione di base, acquisita con programmi di durata variabile a seconda della professionalità, attraverso leggi dello stato e uniformi su tutto il territorio nazionale. Gli obiettivi che ispirano questa cosiddetta formazione di base sono quelli di fornire strumenti professionali a giovani provenienti dal sistema scolastico.

A questa "formazione" di base del personale occupato nella Sanità concorrono sia strutture del Sistema Educativo Nazionale, sia strutture collocate all'interno del Servizio Educativo Nazionale, con una suddivisione tra questi due sistemi così ripartita: il Sistema Sanitario Nazionale, attraverso l'Università forma tutti gli operatori laureati. Il personale non laureato è invece formato dalle Regioni o direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso strutture scolastiche situate al suo interno. Mentre dal punto di vista numerico la situazione del nostro paese è simile a quella di altri paesi, per quanto riguarda invece le fasce di professionalità, il Servizio Sanitario del nostro paese è caratterizzato dalla presenza di un numero piuttosto elevato di operatori, con un livello di qualificazione che per gli operatori stessi non è del tutto soddisfacente. Ciò si può far risalire al fatto che il percorso formativo di determinati operatori, il quale dovrebbe garantire il raggiungimento di una adeguata professionalità, è globalmente carente.

Che si tratti pertanto di una "Formazione", nell'effettivo significato del termine è assai dubbio. Entriamo qui nel problema di una chiara definizione che si vuol dare al concetto espresso da questo termine. Il vocabolario della lingua italiana dà a questo parola un significato che non ci sembra corrispondere con quanto operativamente si fa e che poi viene denominato con tale termine. Che un operatore esca effettivamente "formato", dal curriculum scolastico professionale che la legge prescrive per l'accesso alla specifica professionale, è dubbio, sia per gli operatori sanitari, che per tante altre figure professionali dell'ordinamento italiano.

Formazione implica qualcosa di stabile, di radicato nella personalità e che ha a che fare con una identità professionale, oltre che con una adeguata. Nell'introduzione al presente volume è stata tratteggiata la definizione del concetto di formazione e la sua differenziazione da concetti ai quali si deve riservare diversa e differenziata denominazione. Al contrario, in Italia all'interno di un discorso generico inerente la formazione professionale ricorrono con sovrapposizioni ambigue, i termini "riqualificazione" e "aggiornamento". L'utilizzo di sinonimie tra i tre termini serve spesso a mascherare l'inadegua-

tezza di una effettiva formazione. Riqualficazione implica una professionalità del tutto insufficiente e, dunque, l'utilizzo di interventi per adeguarle alle esigenze che l'operatore deve assolvere nei servizi. La riqualficazione si rende altresì necessaria nell'ambito del passaggio da una professionalità ad un'altra.

D'altra parte il termine aggiornamento viene usato in modo ambivalente e ambiguo: in taluni casi implica un mettersi al corrente di nuove metodologie e strumenti per arricchire la propria professionalità, per altro canto invece il termine spesso viene utilizzato per indicare quella che si considera la formazione permanente. Gli obiettivi dell'aggiornamento sono fornire agli operatori "strumenti" di conoscenza per adeguare la propria professionalità sulla base della evoluzione tecnica e scientifica. Occorre allora fare un'ulteriore discriminazione tra ciò che è un aggiornamento, sinonimo di riqualficazione, e ciò che è invece aggiornamento sinonimo di formazione permanente; nonché, all'interno di quanto così è denominato, distinguere ciò che è effettiva formazione da ciò che è puro adeguamento nozionistico.

2.3 La formazione permanente

Fino ad alcuni decenni fa, dopo un periodo di istruzione, l'operatore veniva ritenuto in grado di svolgere una determinata attività tecnica specifica e di proseguirla in modo efficiente ancora per un certo periodo della sua attività professionale, mettendo in atto il bagaglio di conoscenze acquisite durante il periodo di formazione scolastica. All'epoca odierna ciò che un individuo acquisisce durante l'iter formativo scolastico non gli è sufficiente per la sua preparazione professionale, da cui la necessità di proseguire la sua preparazione attraverso una attività, che può definirsi di "formazione permanente".

All'interno dei servizi sociali e sanitari questa necessità si è evidenziata da qualche lustro, man mano che l'organizzazione di questi servizi si è fatta progressivamente più complessa. In generale sia l'aggiornamento che la formazione permanente erano concetti abbastanza estranei al tipo di professionalità socio-sanitaria tradizionale, la quale si sviluppava mediante strutture burocratiche di tipo centralizzato, contraddistinte dalla messa in atto di comportamenti rigidi e ripetitivi. Si prevedevano occasioni di aggiornamento soltanto per figure in posizione dirigenziale. Negli anni si è andata affermando l'idea di attualizzare il processo della riforma dei servizi socio-sanitari anche attraverso investimenti nel settore detto della formazione permanente. Questo termine assume diverso significato a seconda dei paesi dell'area europea: in Inghilterra si parla di continuing education, in Francia si dice information permanente, in Italia si usano spesso come sinonimi le parole formazione e aggiornamento, nonché spesso riqualficazione. Tutte queste ambiguità di carattere semantico sono indicative circa l'incertezza e la confusione che riguardano quest'area. Ancora troppo spesso si identifica la possibilità continuativa data all'operatore di "aggiornarsi" sulle nuove tecniche, le nuove scoperte scientifiche, confondendo queste attività, che sono specificatamente di aggiornamento, con un processo formativo permanente. Il significato sotteso all'aggiornamento è una "trasmissione" di informazioni, cioè un passaggio da "chi ha" a "chi non ha", riempire un "vuoto", indi-

pendentemente da ogni possibilità di rielaborazione attiva e creativa da parte del soggetto.

Nella attività "formativa" invece l'operatore diventa contemporaneamente soggetto e oggetto in quanto apprendendo, crea i propri comportamenti. Tale processo ha come obiettivo aiutare le persone a tradurre in comportamenti le informazioni acquisite. La formazione implica pertanto un processo di "educazione" che è continuo e diretto a modificare le prassi acquisite, in rapporto alle necessità di sviluppo del servizio e della domanda sociale del territorio. Sul significato e sul valore di ciò che si intende per "educazione", da ex-duceo, si puntualizzerà meglio in un prossimo paragrafo.

La "formazione" così intesa è inoltre strettamente legata alla messa in atto di "metodologie" nuove di lavoro, conformi agli obiettivi previsti dalla Riforma Sanitaria, metodologie che implicano poter alternare l'analisi, la diagnosi, la pianificazione, l'azione e la verifica dell'azione svolta dall'operatore, per impostare un nuovo intervento. Ogni programma di formazione va progettato pertanto sulla base di un'analisi globale della situazione dei servizi e della organizzazione del lavoro dell'istituzione. Definire un programma di formazione vuol dire conoscere la situazione sanitaria di una certa zona, valutare le risorse che si hanno a disposizione, e sulla base di questa "conoscenza" fissare degli obiettivi e quindi disporre l'impiego delle risorse, in funzione del raggiungimento di questi obiettivi.

Il primo problema è quello di individuare il "bisogno" di formazione, e qui hanno notevole incidenza le motivazioni degli operatori, cioè entra in gioco un elemento soggettivo: l'impegno personale. Però le motivazioni e l'impegno personale sono il risultato anche di un rapporto dinamico che vi è tra l'operatore e il suo ambiente di lavoro. In un'organizzazione che deprima l'operatore, che non stimoli un impegno motivato, si produce una presenza passiva, che suggerisce la gestione burocratica del tempo che questo operatore deve fornire al servizio, in cambio dello stipendio. In una tale situazione anche gli sforzi organizzativi più massicci possono produrre risultati poco apprezzabili. Ogni attività, anche quella della formazione, risente pertanto della "qualifica" con cui è sentito e gestito il tempo effettivo dell'operatore socio-sanitario. Il problema del bisogno di formazione porta dunque a riferirsi in primo luogo all'organizzazione dei servizi e all'organizzazione del lavoro in questi servizi stessi.

E' di competenza della Regione la formulazione di un piano di questo tipo, ma il dimensionamento e la quantificazione dei bisogni formativi richiedono un intervento da parte delle unità sanitarie locali, senza il quale qualunque piano può risultare astratto. Può essere interessante ricordare come soltanto una o due leggi regionali di organizzazione dei servizi delle Unità Sanitarie Locali prevedano un servizio per la formazione, l'aggiornamento e la riqualficazione del personale. Tutte le altre leggi o non ne fanno cenno o sostengono genericamente che tale funzione va gestita da una staff. Ne risulta che all'interno dei servizi centrali dell'Unità Sanitaria Locale manca un apposito spazio per affrontare i problemi connessi alla formazione del personale. Il risultato è che, per una tale funzione che investe tutto il personale e tutti i servizi, traducendosi poi in termini operativi, la mancanza di una regolamentazione che preveda delle strutture apposite, con delle competenze definite, si traduce in una assenza di intervento adeguato e il perdurare dell'equivoco tra formazione, aggiornamento e riqualficazione.

Definire bisogni di formazione non costituisce di per sé un piano di intervento, poi-

chè tali bisogni vanno poi correlati con le risorse a disposizione. I bisogni di formazione sono un punto di partenza per arrivare alla definizione di un piano e di programmi d'intervento che devono tener conto di due variabili: l'organizzazione dei servizi e le risorse formative disponibili. Di questa analisi dei bisogni o della domanda di formazione, come abbiamo delineato precedentemente, deve farsi carico l'ente o il formatore che si occupa di seguire il processo di formazione degli utenti.

2.4 La formazione di base degli operatori socio-sanitari

Ricercare il "significato" di un percorso di formazione rimanda ad un approfondimento di ciò che ne sta alla base, cioè della formazione di base delle diverse figure professionali. Se la formazione è lo strumento per il cambiamento, è necessario capire da "cosa si parte" per poter cambiare e "cosa si andrà a cambiare". La formazione di base delle categorie professionali sanitarie e di alcune categorie sociali è ancorata a una concezione statica della professionalità, che caratterizza un sistema organizzativo piuttosto autoritario e di tipo verticistico, basato su una parcellizzazione delle scienze mediche e sulla loro scissione dalle scienze sociali. Questa parcellizzazione, come vedremo via via nel dipanarsi del discorso che stiamo facendo, caratterizza un po' tutto il percorso professionale delle figure socio-sanitarie. La presenza nei servizi di una poliedrica varietà di figure, dal medico all'infermiere, all'assistente sanitario, allo psicologo, all'assistente sociale, all'educatore, con una formazione di base molto diversa, ha contribuito alla settorializzazione e alla frammentazione degli interventi erogati. La "parcellizzazione" delle strutture di gestione delle diverse scuole di formazione di base tra ospedali, Università, Istituti religiosi, Istituti tecnici, Enti privati ha dato origine a notevoli diversità nella qualità dei contenuti formativi di base e, dunque conseguentemente, ad un diverso approccio ai problemi della salute. Le culture professionali spesso sono in concorrenza tra loro, con modelli operativi difforni.

Gli operatori sociali sono composti da figure che rispondono alle esigenze degli enti di categoria, più che a bisogni reali. Tra queste poi ci sono figure, come gli educatori che non sono state mai adeguatamente regolate.

Per quanto riguarda invece gli operatori sanitari, la legislazione statale ha predisposto profili professionali alquanto rigidi e burocratici in cui sono quasi del tutto assenti i contenuti sociali, con una netta prevalenza dell'aspetto tecnicistico.

Il dover perseguire obiettivi comuni all'interno dello stesso servizio entra in contrasto con l'esistenza di figure operative diverse provenienti da curricula scolastici distinti, a volte in concorrenza. Oltre al fatto che operano insieme persone che possiedono titoli di studio nettamente divaricati fra loro, si aggiunge poi la difficoltà che i laureati e i diplomati escano da sistemi formativi istituiti con metodi, status e tradizioni di rapporti con i servizi profondamente diversi: è di notevole incidenza l'esistenza di un doppio sistema formativo di base, articolato sul sistema formativo regionale e sul sistema scolastico universitario.

Per alcune figure di operatori sanitari la legge interviene a regolamentare l'itinerario formativo e a definire minuziosamente le varie mansioni come ad esempio quelle infer-

mieristiche. Prendendo le due figure del medico e dell'infermiere va rilevato che gli squilibri e le carenze in rapporto alla distribuzione di queste due figure sono notevoli, in quanto vi è un forte divario tra presenza di medici e domanda sanitaria con un difetto sulla domanda dell'offerta, mentre dall'altro lato è carente la presenza di personale infermieristico e dunque deficitaria tutta l'area che riguarda l'assistenza e il nursing.

Per altre figure, soprattutto per quelle sociali, le mansioni sono definite invece in modo alquanto sommario. Va tenuto presente che storicamente ogni definizione di profilo professionale è stata determinata dall'assetto istituzionale generale, dall'organizzazione dei servizi e dagli obiettivi di politica sanitaria, propri del periodo in cui tale professionalità è stata formulata.

Un servizio efficiente nell'ambito della salute non può essere erogato senza le strutture adeguate: è questo un principio di fondo, che tuttavia dà origine, nell'ambito di servizi del settore della formazione del personale sanitario non laureato, a un grande paradosso. Quando si fa riferimento alle caratteristiche della formazione professionale di questo tipo di operatori, della loro qualificazione, non si fa menzione delle strutture di base, fonte della loro formazione. In primo luogo per gli operatori sanitari non laureati non si accenna alle strutture formative, perché queste stesse sono identificate con quelle del sistema sanitario stesso. Tutte le strutture di formazione del personale sanitario non laureato tecnico e infermieristico sono in realtà collocate all'interno di strutture ospedaliere. Questo tipo di ubicazione ha alla base un'impostazione culturale che trova la legittimazione nelle varie leggi, che hanno regolamentato l'istituzione delle scuole e dei corsi per la formazione di operatori socio-sanitari non laureati. L'impostazione in vigore è un'impostazione con un'ideologia, secondo cui tutte le componenti del settore della sanità si concentrano nella figura professionale del medico generale e specializzato. Le varie competenze specifiche degli operatori sanitari non laureati diventano semplicemente delle parti di una competenza generale del medico e, dunque, in qualità di parti, prive di autonomia. Un infermiere, un assistente sanitario, non sono invece medici "rudimentali", ma qualcosa di fondamentalmente diverso. Il definirli personale "para-medico" ha comportato ulteriore confusività nella loro identità professionale. L'infermiere è un professionista che ha la funzione di "aiutare attraverso un'azione terapeutica ed educativa l'individuo ad utilizzare le proprie risorse e potenzialità per auto-gestire nel modo più idoneo la propria salute" (Brignone, 1972): è quanto compreso cioè nel concetto di nursing, un "prendersi cura" della persona. Ciò secondo i principi fondamentali dell'assistenza infermieristica è quanto esplicito dal modello vigente nella maggior parte della Scuola Infermieristica Italiana, che derivano il loro modello da quello della Scuola per Infermiere dell'Università di Yale, proposto dalla Henderson. Secondo tale modello la "funzione" specifica dell'infermiere è quella di "assistere" l'individuo, malato, o sano ad eseguire quelle attività che contribuiscono a mantenere la salute, ottenere la guarigione (o prepararlo ad una morte serena) atti che compirebbe da solo, senza aiuto, se disponesse delle forze, della volontà o delle cognizioni necessarie, e di aiutarlo a riacquistare l'indipendenza più rapidamente possibile" (Henderson, 1960). La "funzione" infermieristica consiste dunque in una "assistenza", che diventa "aiuto": potrebbe definirsi come un accompagnamento della persona, malata o sana, vicariandola in quelle funzioni di accudimento al proprio Sé che, per impedimento o malattia, è inefficiente a svolgere.

In tutti i paesi industrializzati e in parte di molti del Terzo Mondo la formazione degli operatori non laureati è fatta in strutture educative autonome, che fanno parte del Sistema Educativo Nazionale. Vi è una differenza nella qualità della preparazione professionale di questi operatori per il fatto che i processi formativi avvengono all'interno di strutture appositamente predisposte. Le motivazioni per cui in Italia la formazione avviene in modo diverso è dovuta allo sviluppo culturale della nostra società. Storicamente le varie strutture per operatori sanitari non laureati si sono sviluppate all'interno delle strutture sanitarie stesse, per la maggior parte ospedaliere. La formazione è caratterizzata da aspetti prevalentemente addestrativi, corredati da acquisizioni teoriche trasmesse attraverso lezioni impartite da medici. Quando vennero istituite le scuole per infermieri professionali non si provvide a stabilire programmi di studio, poiché si riteneva che le competenze possedute dai sanitari che lavoravano all'interno di queste stesse strutture fossero sufficienti ad organizzare l'attività didattica e i programmi necessari. Una tale impostazione si è riverberata anche all'interno dei servizi, non soltanto per le figure sanitarie ma ha anche coinvolto le figure sociali. Retaggio del sistema sanitario precedente, la Riforma è un sistema in cui le figure sono distribuite secondo una gerarchia molto rigida, al vertice del quale è posto il medico. Questa concezione è stata contemporaneamente causa ed effetto del principio che caratterizza i servizi socio-sanitari italiani, in cui è posta in forte dequalificazione la figura non medica in confronto a quanto accade in altri paesi, a cui invece al contrario è affidato un ruolo decisivo all'interno del Sistema Sanitario. Se il personale sanitario non laureato va concepito come caratterizzato da professionalità competenti per particolari mansioni, non come "pezzi" di una specificità medica, ancor più diverse devono essere concepite e valorizzate le altre figure di operatori sociali la cui estrazione proviene più direttamente dalle scienze umane. Tale particolarità può portare un arricchimento all'ambito medico con i contributi che le sono peculiari. In Italia l'utilizzo del volontariato ha portato in eredità un'abitudine a considerare le figure sociali come dotate di poca professionalità e quindi accessorie. In ambiente Sanitario pertanto si è continuato a ignorare l'esistenza, come uno scotoma, di ben precise professionalità, fondamentalmente diverse da quelle mediche, contraddistinte, distinte appunto da funzioni operative specifiche.

Un tale discorso va esteso poi anche in ambito amministrativo e dirigenziale. Troppo spesso si pensa che per "fare" un dirigente occorra una professionalità medica. Bisogna porre attenzione e chiarificare che si fa riferimento a quella che è una "funzione" di tipo amministrativo e/o dirigenziale, funzione che è caratterizzata da responsabilità direttiva e a cui dunque sono richieste competenze di tipo gestionale e interpersonale più che funzioni "di cura". Tali competenze vanno pertanto ulteriormente acquisite se un "medico" è chiamato a svolgere tale funzione, che il bagaglio della sua professionalità non gli ha fornito.

Se si esaminano i percorsi formativi degli operatori sanitari degli altri paesi vi si può notare una evoluzione concettuale riferita alla scienza di base, che è comune alle diverse figure. Nel caso in cui i sistemi sanitari si fanno carico degli aspetti sociali della medicina "l'accezione del termine scienza di base si amplia fino a comprendere le scienze sociali e lo studio del comportamento umano e quindi discipline come la psicologia, l'economia, la sociologia, l'etologia" (Ceri, Oxe, 1975). Viene pertanto esteso il concetto di biologia umana di cui fa parte lo studio dell'organismo, del suo sviluppo e di come esso interagi-

sca con l'ambiente: i vari percorsi formativi di base giungono a una fusione tra scienze naturali e scienze sociali (Bassanini, 1981).

Condurre una riflessione sulla formazione degli operatori socio-sanitari aiuta a mettere in evidenza i problemi relativi a cultura e professionalità, fra scuola e società, fra domanda di professionalità e d'inserimento nel lavoro. Anche se sono due modalità formative diverse, il sistema scolastico universitario e il sistema regionale perseguono gli stessi obiettivi, in relazione all'integrazione con la realtà. Le esigenze che hanno in comune potrebbero contribuire a condurre a quelle modificazioni e a quell'integrazione fra esse che potrebbe consentire di superare l'attuale divaricazione, causa dello squilibrio dei contenuti formativi delle differenti figure professionali, e soprattutto dei diversi "linguaggi" in uso dalle diverse figure. Questa tesi (Bassanini 1981) mette in evidenza come sia necessario un riavvicinamento dei due sistemi tra di loro e come il punto di maggior crisi sia nel sistema scolastico universitario. La formazione di operatori all'interno del sistema scolastico universitario, che è un problema che ci tocca direttamente in quanto lavoriamo come staff della Cattedra di Psicologia, anche per la formazione di base del medico, risente della crisi generale di questo stesso sistema. Le ragioni di questa crisi vengono individuate secondo la tesi riportata dalla Bassanini nella mancanza di un equilibrio delle tre mansioni che competono all'Università: il rapporto con la società, la risposta alle esigenze dell'individuo, la ricerca. Vi sarebbe un equilibrio instabile fra queste tre mansioni, che è possibile colmare solo mediante una stretta integrazione tra il sistema universitario e i servizi. Da una formazione di base per "modello", come è attualmente condotta, occorrerebbe un passaggio a una formazione per "situazioni", in cui l'azione sia condotta in modo tale che i vari problemi scientifici economici e culturali della società diventino i problemi dell'Università. Questo si può ottenere solo attraverso un processo di integrazione dell'Università nel territorio, non in qualità di organismo di servizio, ma come luogo di analisi dei problemi e delle azioni. Il sistema di collaborazione andrebbe attuato in modo permanente e simultaneo a tutti i livelli istituzionali, anche nei confronti del sistema regionale. Al sistema universitario competerebbe uno sviluppo maggiore del rapporto con il territorio, mentre al sistema di formazione regionale quello più orientato alla ricerca.

Ambedue hanno infatti l'esigenza di trovare l'equilibrio tra autonomia didattica, ricerca e risposta alla domanda. La formazione del personale socio-sanitario comporta dunque una questione che è un punto nodale tra riforme diverse, che a vicenda si influenzano.

2.5 Modello organizzativo, professionalità e interventi formativi: lo stretto rapporto in ambito socio-sanitario

Il campo degli eventi istituzionali non è rappresentabile o concepibile come un sistema di riferimento stabile e indipendente dagli oggetti che in esso sono coinvolti, come gli operatori, piuttosto esso è: "continuamente agito-modificato dai suoi oggetti, conoscibile e attraversabile solo a partire da una traiettoria che, più o meno arbitrariamente, ne divide lo spazio e il tempo, e ne co-determina gli eventi" (Riolo, 1986 in Ruvoletto 1988).

Parlando di formazione in ambito socio-sanitario occorre tenere presente, che esiste uno stretto rapporto tra il modello organizzativo socio-sanitario, la professionalità del personale e gli interventi formativi. La riflessione proseguirà pertanto tenendo in considerazione questi tre aspetti.

L'organizzazione è quello spazio all'interno del quale ogni unità, indipendentemente dal livello gerarchico che occupa, realizza in modo consapevole o inconsapevole una propria strategia, perseguendo la finalità di affermare la propria identità sociale. Costituiscono un sistema organizzativo gli aspetti formali che sono costituiti da obiettivi, strutture, competenze, tecnologie; sono presenti anche aspetti definiti come informali costituiti da atteggiamenti, valori, sentimenti e interazioni del personale. Esiste quale background una dimensione affettiva sollecitata dai fatti esterni che però non viene riconosciuta e affrontata formalmente dal contesto istituzionale e organizzativo. In genere si tiene poco conto degli aspetti informali privilegiando piuttosto quelli formali ma in realtà, come vedremo, è agendo sugli aspetti informali che l'organizzazione può attuare il cambiamento.

Il cambiamento all'interno di un sistema può essere attuato se cambia la modalità con cui le persone entrano in relazione reciproca. Ogni cambiamento per essere incisivo deve intervenire sugli aspetti informali che costituiscono quello che è l'aspetto non manifesto, occulto dell'organizzazione. Una delle questioni relative ai processi di cambiamento delle istituzioni socio-sanitarie sta nel fatto che essi vengono "razionalmente programmati" come adattamento delle "strutture" all'evoluzione delle tecnologie o delle finalità istituzionali. Viene progettato l'insieme delle strutture, dei meccanismi operativi, il sistema dei compiti e dei ruoli: non rientra invece nella prevedibilità e nella programmazione quanto accade nel campo mentale e relazionale condiviso. Eppure è quanto avviene a questo livello che sta alla base delle possibilità di un organismo sociale di elaborare e promuovere il "cambiamento", oppure di "sentire" questo come invece voluto da altri e dunque pericoloso e minaccioso. In questo ambito la formazione diventa la variabile dipendente del sistema organizzativo e può assumere una natura bivalente, in quanto può venire utilizzata con obiettivi conservativi, piuttosto che di rinnovamento. Essa può costituire uno strumento di intervento positivo se viene utilizzata durante una situazione lavorativa tale per cui l'acquisizione di nuove capacità cognitive relazionali dia luogo a nuovi schemi di comportamento che incidano diversamente nella struttura dei rapporti umani. Per essere "strumento di cambiamento" la formazione delle diverse figure dovrà essere orientata verso obiettivi di trasformazione del sistema e sottratta a logiche di settore e di categoria. Il processo conoscitivo degli operatori, confrontato con l'esperienza, potrà essere utile per la formazione solo se questa può essere ancorata a concrete situazioni organizzative, cioè se rivolta a persone che hanno un rapporto lavorativo; e se si riferisce a un contesto organizzativo specifico. Solo a queste condizioni possono essere perseguiti gli obiettivi della formazione.

La Legge 833/1978 non fornisce direttive sulla formazione, tuttavia dà indicazioni importanti a tale riguardo. In passato la mancanza di un accordo sugli obiettivi e gli strumenti aveva costituito un alibi per una non ridefinizione degli scopi formativi delle diverse categorie. Con la nuova legge vengono invece delineati quegli obiettivi propri del servizio e l'articolazione interna del sistema. E' la legge della Riforma Sanitaria che

segnala gli obiettivi entro cui va orientata la formazione permanente. Una politica formativa può essere efficace solo se si inserisce nel contesto dei servizi e si muove verso gli stessi obiettivi. Esiste un reciproco scambio tra formazione e organizzazione dei servizi tale per cui la formazione rappresenta quello "strumento" per incidere sui modelli di operatività del personale e i caratteri e gli esiti di un processo di formazione sono condizionati dall'organizzazione, dai fini e dalla priorità del contesto.

Per quanto riguarda la realtà organizzativa e sociale delle istituzioni pubbliche italiane, ospedali, consultori, enti pubblici, sanitari, locali, scuole, essi sono stati solo recentemente esaminati nelle loro dinamiche funzionali organizzative secondo un'ottica psicosociologica. Gli operatori socio-sanitari si trovano immersi in una realtà lavorativa molto complessa: occupano dei ruoli, operano e intervengono nella organizzazione. E' importante che essi riescano a decodificare la propria realtà organizzativa per saperne di più sui propri codici socio-affettivi. Una delle dimensioni più cruciali rilevata è stata il coordinamento tra operatori o gruppi di operatori per il conseguimento degli obiettivi comuni, previsti dalla Riforma e prefissati dal servizio. E' necessario il consenso comune sulla strutturazione di un progetto di attività e sulle modalità più idonee per tale realizzazione: ciò implica una distribuzione di compiti e responsabilità e il controllo che quanto è stato pattuito venga attuato. Una delle funzioni principali all'interno dell'organizzazione socio-sanitaria è dunque la funzione di coordinamento che viene esercitata come ruolo di attività, nei modi più tradizionali: spesso è affidata a medici che per la loro matrice socio-professionale sono portatori di mansioni individualistiche e ben poco abituati a mentalità di lavoro orizzontali. L'autorità all'interno dell'organizzazione socio-sanitaria viene così concepita spesso come comando, direzione, per cui spesso, o viene rifiutata, o non si osa più riproporla. Con l'utilizzo delle équipes il coordinamento non esiste perché in suo luogo prende invece piede la diversità: i capi sono i medici che danno all'attività l'impostazione che ritengono più opportuna, sulla base delle loro scelte ideologiche e professionali. I modi consolidati di organizzazione socio-sanitaria sono strutturati attraverso gerarchie tra professioni, rapporti di dipendenza molto formale: funzionale all'esercizio un'autorità che viene vissuta come un controllo o assoggettamento, creando situazioni di conflittualità, che, per essere evitate, vengono spostate o represses, mediante delle difese strutturate, in cui vengono utilizzate identificazioni più o meno ambivalenti con il servizio o la professione (Manouian Olivetti, 1981).

2.6 Obiettivi teorici e prassi operativa: presenza di una scissione

La struttura istituzionale e organizzativa di un servizio si sostanzia per il perseguimento di determinati obiettivi che gli amministratori e i politici hanno definito nelle finalità del servizio. Definita la struttura si presume che gli operatori adegueranno poi ad essa i propri modelli d'intervento: ciò è tutt'altro che scontato.

Il riadeguamento degli obiettivi degli operatori agli obiettivi che l'organizzazione va ridefinendo durante il suo percorso evolutivo e l'adattamento della situazione organizzativa agli obiettivi propri dell'operatore costituisce quella particolare interazione dinami-

ca che è la vita dell'organizzazione stessa.

Esiste a livello operativo una scissione fra gli obiettivi voluti dalla riforma sanitaria e le risposte invece fornite dai servizi: l'obiettivo è rispondere ai fluttuanti bisogni dell'utenza, mentre la struttura organizzativa socio-sanitaria risponde invece con professionalità alquanto rigide e poco flessibili.

L'attuale Servizio Sanitario Nazionale è scaturito da un processo di trasformazione del precedente sistema. La Riforma Sanitaria voluta dalla Legge 833/1978 si fonda su una modificazione di questo precedente Sistema Sanitario che era basato su strutture prevalentemente orientate alla diagnosi e alla cura, e carente da un punto di vista di prevenzione e riabilitazione. La trasformazione principale si è basata pertanto sul potenziamento degli aspetti relativi alla prevenzione. Tra gli obiettivi principali la riforma ha previsto inoltre l'eliminazione di quello "spezzettamento" dell'utente che afferisce al servizio per richiedere prestazioni. Nella Riforma è teoricamente vigente un principio di riunificazione della persona, perché, anche se le specializzazioni sono presenti da un punto di vista della ricerca e dello studio, di fatto la malattia investe la persona nella sua globalità. La Riforma contiene in sé dunque il principio che all'esigenza di chi si ammala, venga data una risposta unitaria. Uno degli scopi fondamentali della Riforma è stato pertanto l'unificazione delle competenze. Questa è stata prevista anche mediante una unificazione amministrativa di tutte le competenze attraverso la dipendenza dei vari servizi territoriali ad una sola autorità.

A livello operativo però si è verificata una ulteriore scissione tra questi obiettivi della Riforma e le risposte fornite in concreto dalle prestazioni erogate dai servizi. A livello operativo cioè non si è riusciti a realizzare uno spostamento orizzontale da una funzione a un'altra, ma una rigida specializzazione di interventi che rende difficoltosa una riconversione del personale. Il principio di base in cui si muovono i servizi è una settorializzazione di interventi, con modalità di tipo assistenziale. E' evidente una accentuata caratteristica di tipo specialistico, terapeutico e medicalizzante. Queste caratteristiche hanno determinato una forma di operatività, in cui non sempre si ha una conoscenza dei fattori che determinano la domanda, principio che sta alla base invece di ogni azione di prevenzione. Si verifica pertanto all'interno di queste categorie una scissione tra la teoria e la prassi a livello operativo, attuate dagli stessi operatori. In teoria viene auspicata una unitarietà degli interventi sulla salute dell'utente, mentre nella prassi è attuata una settorialità e una scissione degli interventi tra le varie figure previste nel servizio (Manoukian Olivetti, 1980). La risposta ai bisogni dell'utenza rimane ancora molto parcellizzata, fornendo interventi settoriali, erogati da personale settorializzato. Il lavoro di équipe voluto dalla Riforma, con finalità di ricomposizione degli interventi, comporterebbe un insieme di professionalità connotate gerarchicamente: tante professionalità che si trovano a discutere di un caso, ognuna con il proprio linguaggio specialistico. Concretamente l'istituzione si muove a livello di "riaggiustamento" di parti.

La Legge 833/1978 ha definito ideologicamente la trasformazione istituzionale, ma i modelli operativi dei servizi socio-sanitari hanno ancora molta difficoltà a ricomporre la frammentazione dei compiti, perché l'organizzazione è ancora del tipo gerarchico-formale, piuttosto rigida e funzionale ad un ambiente statico. La legge prevede inoltre una collegialità, attraverso un modello orizzontale di organizzazione del lavoro, che dovrebbe condurre ad un'unitarietà di azione, che prima competeva alla gerarchia. E' prevista

una struttura collaborativa complessa, in cui viene tenuto in considerazione non tanto il valore del grado della mansione, quanto quello relativo alla funzione. La ridefinizione delle figure sanitarie si basa su un nuovo modello che fonda le sue radici nella "globalità" e "nell'unitarietà" dell'intervento sul singolo. Globalità e unitarietà che però ancora troppo spesso, attualmente, sono soltanto il mettere assieme delle parti scisse, nel tentativo di una ricomposizione. Per poter creare un tutto organico occorre poter realizzare una base comune, e questo è uno degli scopi della formazione permanente. Anche l'attività di formazione inoltre va correlata con gli obiettivi del modello organizzativo, affinché non si abbia una ulteriore scissione. E' necessario che vi sia infatti una coincidenza tra obiettivi formativi e dei servizi, in quanto le scelte formative, i contenuti e le metodologie vanno attentamente valutati in relazione a questi obiettivi.

Se la formazione di base può essere considerata uno strumento volto a un miglioramento degli aspetti che sono più che altro conoscitivi, la formazione permanente comporta una valorizzazione della relazione efficienza/efficacia nell'ambito dell'utilizzo delle funzioni istituzionali.

Nell'ambito della formazione i vari enti preposti per le diverse figure professionali socio-sanitarie spesso hanno perseguito obiettivi di settore. Ai tecnici veniva lasciata la scelta dei contenuti e degli obiettivi e ogni singola categoria determinava contenuti e metodi relativi al proprio specifico profilo. L'utilizzo di una tale metodologia va vista in relazione con un sistema che valorizza il "tecnico" come depositario del sapere. Si può comprendere che l'ideologia sottesa a questa metodologia intenda il bisogno da soddisfare come una "carenza" e quindi colmabile con un "apporto tecnico scientifico". Se invece i bisogni vengono considerati secondo un valore "storico-sociale", la domanda viene considerata permeata da mutabilità e il ruolo tecnico non è più funzionale. Gli obiettivi del servizio pertanto andranno perseguiti mediante un confronto in un "sistema partecipato". La Riforma Sanitaria infatti evidenzia l'importanza di una compartecipazione agli obiettivi di tutte le componenti sociali. Per giungere così ad una globalità ed unitarietà dell'intervento sul singolo, è necessario passare a una globalità ed unitarietà di compartecipazione delle varie componenti socio-sanitarie all'istituzione stessa. Per avere un unitario intervento di risposta ai bisogni dell'individuo attraverso l'azione di figure diverse, deve poter crearsi un sistema unitario di formazione, cioè gli itinerari formativi previsti per le diverse figure devono poter diventare un sistema finalizzato ai medesimi obiettivi generali. Per la realizzazione di tutto questo è necessario un superamento delle gerarchie culturali e sociali che dividono attualmente fra di loro professioni e sistemi formativi diversi. L'organizzazione dei percorsi formativi dovrà prevedere momenti di formazione comuni a più figure, tali per cui ci possa essere una certa misura di conversione tra professionalità diverse. Le modifiche degli itinerari formativi devono tenere presente che non solo la domanda è mutabile ma anche che l'organizzazione dei servizi si evolve. E' in continua evoluzione anche la tecnologia e la conoscenza scientifica: "evoluzione che induce ad una modificazione delle funzioni, a uno slittamento tra i confini fra le diverse professioni, fra i livelli di preparazione e di autonomia operativa" (Bassanini, 1981).

Secondo il vecchio assetto delle figure, l'approccio ai problemi della salute e ai bisogni dell'utenza venivano considerati come dati oggettivi che prescindevano dal soggetto che ne era portatore. Il modello d'intervento era quello utilizzato per le malattie infettive,

in cui è necessario identificare ed eliminare il virus per poter sconfiggere la malattia. Questa modalità di considerare il bisogno dell'utenza e la patologia da questa portata, costituivano il principio di fondo con cui venivano affrontati i problemi della salute. Tali problemi erano scomposti in frammenti che costituivano l'area di intervento specializzata, settoriale, specifica per ogni figura: su ognuno dei "frammenti" ogni figura professionale e socio-sanitaria poteva manifestare le sue competenze ed intervenire. L'obiettivo comune che si può leggere era "sconfiggere la malattia" e ogni operatore apportava il proprio contributo specialistico, affrontando quegli aspetti della malattia di cui era competente con la sua professionalità.

Attualmente l'obiettivo comune è "perseguire la salute" dell'individuo, inteso come persona nella sua unità psicofisica. Solo attraverso una diversa concezione della salute si potrà trovare una strada ed una concezione nuova d'intendere la formazione. Considerando la persona nella sua unitarietà sarà possibile portare alla consapevolezza ogni operatore di come questi, singolarmente, non possa risolvere da solo un problema di salute e quindi della necessità di una interazione di funzioni da parte di figure diverse e da parte di sistemi sanitari e dei settori della vita politica sociale ed economica in un'azione sinergica. Un diverso approccio del problema della salute è anche la strada maestra per un rapporto tra operatore ed utente che nasce sulla base del "riconoscimento della componente soggettiva del bisogno" (Ibidem) e del fatto che un problema può essere risolto solo agendo non "sull'individuo" ma "con l'individuo".

2.7 Le aree problematiche

Il discorso sin qui condotto può essere sintetizzato individuando quelle aree problematiche che sono emerse dall'analisi.

Considerando la professionalità di base degli operatori socio-sanitari una prima area problematica riguarda quella che è la "conoscenza" e la "capacità" che dovrebbero essere patrimonio acquisito durante la formazione scolastica di base. Con l'intervento della Riforma Sanitaria si è posta l'attenzione sulla ridefinizione dei bisogni. Si è avuta una spinta verso la soggettività e verso le relazioni interpersonali, che ha condotto a un mutamento nell'ambito dei contenuti e della qualità stessa dei bisogni dell'utente. A ciò però non hanno corrisposto procedure d'intervento duttili e flessibili, procedure che avrebbero dovuto essere messe a punto con l'utilizzo di nuovi strumenti di analisi e di approccio alla realtà: l'attuazione della Riforma Sanitaria è oggi sotto accusa. I principi teorici su cui essa si fonda sono rimasti un auspicio, che col tempo è diventato anatema. Dalla teoria alla prassi applicativa si è verificata una profonda scissione, che ha visto realizzarsi purtroppo modalità operative diverse da quelle inerenti il modello teorico sotteso alla Riforma.

Una seconda area problematica, come abbiamo visto, è riferita al quadro istituzionale ed organizzativo che la Riforma, attraverso nuove modalità nella distribuzione delle funzioni e delle competenze degli operatori e degli spazi di partecipazione, doveva modificare. Queste trasformazioni all'interno della Sanità e dei Servizi Sociali dovevano porre al personale nuovi compiti in relazione al perseguimento di piani di sviluppo locali

e di più ampio raggio. Ogni operatore, a qualsiasi livello, doveva diventare in grado di poter rapportare a un quadro di riferimento i parametri per misurare il rapporto tra la domanda e l'offerta, presenti nei servizi in generale. La realizzazione della Riforma dipendeva anche dalla capacità di organizzare i servizi in un insieme integrato. "Ciò comporta non solo il coordinamento delle prestazioni ma anche la scoperta, per l'operatore, di un'operatività che sappia, pur conservando la propria specificità tecnica, superare la settorializzazione nel conseguimento di un obiettivo comune attraverso la partecipazione consapevole al processo di trasformazione. Ne deriva sul piano formativo la necessità di ottemperare a due esigenze: l'approfondimento della specificità tecnica e l'apprendimento di un quadro di riferimento istituzionale organizzativo relativo alla dinamica dei servizi" (Bassanini, 1981).

Una terza area problematica è poi determinata dalla necessità di approfondire lo specifico professionale di ogni operatore in genere. A tal proposito sono necessarie ancora alcune considerazioni.

Uno degli elementi caratterizzanti i Servizi Sociali dopo la Riforma è quello relativa alla partecipazione degli utenti, non come soggetti passivi ma come portatori attivi di richieste. Questo è ciò che caratterizza quel collegamento diretto tra servizi e territorio. Gli operatori in questo contesto si schierano dalla parte degli utenti e ideologicamente li sostengono nella condivisione della loro situazione di bisogno. Tuttavia la scarsa funzionalità operativa, nella realtà dei servizi, porta gli operatori a vissuti di frustrazione e di tensione, vissuti che vengono allontanati attraverso dei meccanismi di razionalizzazione e con altre differenti reazioni, che vanno da vissuti di onnipotenza e contemporaneamente di inadeguatezza per la scarsa funzionalità del servizio, sino a una permanente sensazione di impotenza.

Altra ideologia che è presente all'interno della cultura di molti servizi socio-sanitari e che la differenzia da quelle che sono le istituzioni ospedaliere, è un rifiuto all'autoritarismo, inteso come differenziazione tra tecnico e utente, tra medico e malato. C'è il rifiuto cioè di una relazione che non si vuole gerarchica tra operatori ed utenti, tra chi sa, e chi non sa. Questa modalità ideologica però porta a non avere più chiaro, nella prassi, da chi l'operatore sia legittimato a prendere l'iniziativa (Manoukian Olivetti, 1980). E' presente nella cultura degli operatori la concezione di collettivo, inteso nelle più svariate concezioni, da lavoro settoriale, a impegno di équipe. Questa ideologia introdotta dalla Riforma ha dato origine a modalità di funzionamento partecipativo, anche da parte dell'utente. Dal punto di vista invece della professionalità dell'operatore, come abbiamo già visto, tale lavoro interdisciplinare è stato minacciato dall'imporsi delle diverse professionalità: quelle più consolidate da una prassi operativa hanno in genere creato l'ambito del collettivo come gerarchia. Da sempre infatti è risaputo che le discipline mediche, la chirurgia, la neurologia, la radiologia, la neuropsichiatria, la pediatria e la ginecologia forniscono agli operatori "strumenti" diagnostici e d'intervento consolidati, tali per cui il rapporto tra teoria e intervento pratico diventa immediato.

Gli operatori sociali sono sprovvisti di strumenti tecnici. Trovandosi ad operare in ambienti molto carichi di tensione e di conflittualità privi di "strumenti" tecnologici devono far fronte a profonde angosce di tipo individuale collegate a fantasie di onnipotenza. La Olivetti Manoukian che ha contribuito a rilevare molti degli aspetti che abbia-

mo riportato in questa nostra riflessione, ha sottolineato come la "strumentazione professionale codificata," che è l'elemento cardine dell'azione operativa, in qualsiasi ambito e a qualsiasi impegno, è ciò che fornisce quell'insieme di regole di condotta, di funzioni e di ruoli che contraddistinguono una attività professionale da un'altra. Gli "strumenti" che l'operatore ha a disposizione costituiscono "strutture istituzionalizzate" per affrontare quelle situazioni angoscianti in cui si trovano ad operare e per mezzo dei quali possono sia difendersi che essere in grado di instaurare delle relazioni.

Altra area problematica che caratterizza la professionalità socio-sanitaria è riportata dalla Olivetti Manoukian (Manoukian O., 1980) in una sottile distinzione tra "attività" e "attivismo", proprie dell'operare socio-sanitario. Di fronte alla costante inefficienza delle strutture assistenziali si evidenzia una risposta degli operatori mediante interventi che si attuano attraverso un fare affannoso e spesso confuso che è definito dall'autrice "attivistico". Attivismo è contrapposto ad attività. Attività è qui intesa nel senso latino di attività, che deriva da *activitas*, e implica un movimento in cui l'azione non è fine a sé stessa, ma è diretta alla realizzazione di uno scopo. Attivismo, *acti-vis-mo*, rimanda ad un significato in cui la vis cioè la forza sta nell'azione stessa: è il "fare" per il fare, qualunque e comunque esso sia, purché in contrapposizione all'inerzia del "non fare".

Gli operatori operano: e tale operare dovrebbe essere inteso secondo i termini dell'operatività, come sopra abbiamo cercato di descriverla, mediando il pensiero dell'autrice. Attività posta in essere con un intento preciso volto a un fine determinato. Operare, seguendo questo pensiero, rimanda allora anche ad operazione, che in matematica è un mettere insieme degli elementi, delle parti scisse, e mediante una loro integrazione ottenere dei prodotti, cioè dei risultati in cui il pro-dotto, pro- davanti e dotto da ducere, condurre, indica che è condotto innanzi, portato fuori, fatto nascere. Attività, da *acti-vitate*, è dare la vita a delle azioni, nel senso più creativo del termine.

L'operare degli operatori con attivismo, più che con attività, può essere ricollegato al pensiero precedente sulla "strumentazione". L'essere consapevoli di non avere una strumentazione adeguata per far fronte alle tensioni e alle conflittualità della domanda dell'utenza può condurre gli operatori a contrapporvi un attivismo, tale per cui si sente di aver fatto "comunque" qualcosa. Questo avrebbe la funzione di alleviare quelle angosce e quello stato di frustrazione e di inadeguatezza che l'operatore avverte nei confronti della inefficienza sua e delle strutture assistenziali.

2.8 Dalla teoria alla prassi: la realizzazione di un percorso formativo per operatori socio-sanitari

Entriamo ora nel merito del nostro specifico percorso formativo, studiato a partire dal modello teorico precedentemente esplicato. Una considerazione preliminare però riguarda ancora la difficoltà, che va rilevata, della traslazione dalla teoria alla prassi di un modello di formazione.

In genere la risposta alla domanda di formazione si concretizza in una proposta, esplicitata da parte di enti, di interventi sotto forma di corsi. L'utilizzo di modelli e tecni-

che collaudati nell'ambito del medesimo settore vengono proposti con l'obiettivo di dare una "forma". Tuttavia un intervento basato sull'organizzazione di un "corso", che come tale comunque si configura come un'attività "speciale" rispetto a quella professionale, reca in sé una scissione tra il contesto formativo, la realtà organizzativa e il contesto sociale è un'ulteriore scissione proposta agli operatori all'interno della loro professionalità. Nell'ambito del modello psicosociale si è cercato di realizzare una integrazione di questa scissione, mediante un modello che permetta di mettere in atto strategie che tengano conto delle tre aree problematiche precedentemente citate. In particolare si cerca di individuare la situazione critica nell'ambito della professionalità in cui sono collocati gli operatori e specificatamente si fa riferimento alla: a) realtà organizzativa sociale della loro professione; b) modelli di pensiero impliciti all'azione praticata; c) rapporto tra progetto ideale e realizzazione pratica dell'istituzione. I presupposti principali su cui si deve fondare un percorso di formazione sono essenzialmente indicati dal modello psicosociale come "chiarificazione" e "individuazione": chiarificazione in quanto è necessario stabilire obiettivi espliciti e vie di trasmissione d'informazione con modalità di controllo ben definite. Individuazione può essere connessa a due significati: 1) da individuare, che significa distinguere i vari elementi tra di loro con le loro connotazioni specifiche; ciò fa riferimento ad esempio al ruolo e alla funzione "individuale" di ogni operatore. Individuare può significare però anche 2) "far emergere dalla confusione".

Il significato dell'operare degli operatori, come abbiamo cercato di mettere in evidenza, citando il pensiero della Olivetti Manoukian, implica poi un rapporto dialettico che è insito nell'operosità e nell'operatività, termini che veicolano significati positivi, distinti da quello che può essere operativismo, che è assimilabile al significato di attivismo.

In particolare l'ipotesi d'intervento è quella di poter integrare quelle scissioni rilevate nell'ambito della professionalità e della formazione degli operatori socio-sanitari. Attraverso la formazione noi riteniamo sia possibile realizzare questa integrazione. Viene ipotizzata pertanto una struttura metodologica che verrà successivamente dettagliatamente descritta, che tenga in considerazione principalmente la "pluridisciplinarietà" dei modelli d'interpretazione della realtà organizzativa, "l'analisi" come processo inteso non come scissione ma esclusiva scomposizione e successiva riunificazione della realtà in un composto più congruente a spiegarla, "l'esperienza" che si attua attraverso l'utilizzo della realtà quotidiana dei fatti e dei vissuti così come delle emozioni. L'attuazione di una tale metodologia è stata da noi realizzata attraverso una serie di operazioni concrete (Manoukian Olivetti, 1980) e che prevede un'esplorazione preliminare, conosciuta anche come analisi della domanda o dei bisogni, che implica appunto la specifica indagine sulla richiesta di formazione. Essa consente anche di individuare le aree problematiche a cui può essere rivolta l'attività formativa e permette di conoscere quali persone sono motivate e come, su contenuti formativi, e di individuare un quadro istituzionale entro cui è possibile realizzare l'intervento formativo. L'azione preliminare, la negoziazione del processo di formazione, nel caso concreto della esperienza corsuale da noi sperimentata, è consistita nel contratto, col Ministero della Sanità Direzione Generale Servizi Medicina Sociale, con cui sono stati concordati gli obiettivi specifici della formazione stessa, che verranno esplicitati nei paragrafi successivi. Il ruolo del formatore nei confronti dei formandi, ha riguardato una dimensione che non è terapeutica, né di amicizia,

né di insegnamento, ma è di collaborazione, per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Questa collaborazione potrebbe essere definita, secondo il nostro modulo di formazione, come un "accompagnamento" alla formazione di un Sé professionale che ogni operatore va costruendosi. Questo ruolo di accompagnamento del formatore che si fa garante, di fronte all'organizzazione committente e agli operatori, della realizzazione dell'attività formativa, si è attuata a più livelli: in primo luogo attraverso un'analisi delle risorse utili per il raggiungimento degli obiettivi; "è sua preoccupazione costante che gli operatori fondino la loro operatività su un'analisi della situazione sociale e organizzativa, delle loro capacità e strumenti, dei loro modelli ideologici di riferimento, degli esiti dei loro interventi e che quindi acquisiscano e sviluppino capacità non solo intellettuali, ma di ricerca e di significati" (Quaglino, Carrozzi, 1981). Ci siamo avvalsi anche dell'insegnamento, attuato però con modalità non del riempire ciò che è vuoto, secondo i moduli preformati di formazione, ma di una "trasmissione di modelli di analisi", analisi organizzativa, istituzionale, analisi delle dinamiche della relazione, ma soprattutto delle dimensioni affettivo-emotive che gli operatori si trovano a dover affrontare quotidianamente, nell'ambito della loro attività.

2.9 Action-Research: significato della predisposizione di un "corso" all'interno del percorso di formazione

La realizzazione di un "corso" all'interno del percorso formativo, implica la concretizzazione del percorso pensato, che va dalla teoria alla messa a punto di un modello, per un certo gruppo di operatori, i quali si trovano collocati in un determinato contesto lavorativo: modello che è necessario che questi operatori sentano come effettivamente rispondente ai loro bisogni. La pratica applicativa, area problematica che vede coinvolti da un lato il "campo della formazione" e dall'altro quello della prassi, propria delle scienze sociali, vede il confrontarsi applicativo di conoscenze, finalizzato al cambiamento individuale e sociale. Da qui sorge il problema di adeguare sul campo scelte procedurali teoriche: la difficoltà consiste nella trasformazione delle conoscenze, in strumenti: le conoscenze acquisite in sede di riflessione e ricerca non sempre reggono al momento dell'applicazione ai problemi reali, conducendo spesso a disagi, nell'interrogarsi sul tipo di cambiamento che tali conoscenze potrebbero esprimere. La prassi è ciò che implica concretezza, circa l'oggetto di cui ci si occupa e il metodo utilizzato. Da diversi autori è stato rilevato come esista un nodo tra teoria e prassi: tema che rappresenta il passaggio obbligato con cui deve misurarsi ogni proposta formativa. I termini del problema si possono far risalire a quel concetto descritto da Kurt Lewin (1946) "nell'action-research". Lewin collega il rapporto teoria e prassi anziché a una relazione univoca e lineare che muove dall'elaborazione di modelli concettuali, sino alla loro applicazione, ad una sequenza circolare: prassi-teoria-prassi, per cui il sapere di una disciplina si formerebbe dalla pratica e ad essa ritornerebbe.

Il concetto di ricerca-azione, nella problematica sottesa al rapporto teoria e prassi, è stato affrontato ampiamente dopo Lewin in ambito della psicologia sociale, in termini di

una ridefinizione del rapporto tra la teoria e la prassi, ovvero tra conoscenze elaborate in ambito di una ricerca di base e conoscenze accumulate in sede di ricerca applicata. La riflessione è stata soprattutto improntata sulle problematiche del cambiamento individuale e sociale connesse all'apprendimento, problematiche che rimandano a strategie d'intervento. Il problema è la difficile definizione del confine tra i diversi settori: si tratta di stabilire il rapporto tra ricerca e azione. L'inscindibilità del rapporto ricerca-azione non era solo connessa alla necessità di saldare teoria e prassi ma di ricondurre tale inscindibilità su un piano più intrinseco: quello individuato dal rapporto tra conoscenza, intesa come ricerca, e cambiamento inteso come azione. La prassi psicosociale è fondata su una metodologia della ricerca come momento-strumento non separabile dall'agire trasformativo (Ruvolo, 1988). In questa prospettiva si tratta di evidenziare come non vi sia un legame di continuità, ma piuttosto di "contemporaneità". Non vi è momento conoscitivo che possa ritenersi fine a sé stesso e svincolato da ogni implicazione con il cambiamento che riguarda il soggetto che conosce o l'oggetto che viene conosciuto, "dunque non vi è forse attività conoscitiva che prima di poter o dover condurre al cambiamento non sia essa stessa già un atto di cambiamento" (Quaglino, Carrozzi, 1981). Si può ribaltare il ragionamento e concludere che ogni azione, dunque ogni cambiamento, è al tempo stesso un ulteriore e differente momento di ricerca e di conoscenza. Ciò che consente di ritenere contemporanei conoscenza e cambiamento sta in un terzo elemento: l'esperienza del soggetto che indaga e dell'oggetto indagato. Nel significato originario lewiniano di ricerca-azione, in cui il principio era che si attivava un processo di ricerca in vista di un cambiamento, cioè la ricerca portava a "cercare" qualcosa da cambiare e aveva senso solo se produceva cambiamenti, attualmente (Carli, Panizza, Lancia, 1988) si è avuto uno spostamento d'accento. Un processo di ricerca, innanzitutto, è inteso per la sua utilità a capire, a conoscere, cioè si cerca di promuovere, nei formandi, processi di comprensione, attraverso l'attivazione di quell'esperienza interiore di ognuno: questo apprendimento "da" l'esperienza (Bion, 1961) è visto in funzione di produrre il cambiamento. La ricerca di conoscenza non implica che si cambi, ma solo attraverso un processo di comprensione, di acquisizione di senso si possono produrre cambiamenti. La formazione psicosociale che si caratterizza in qualità di un intervento sul "cambiamento individuale organizzativo", opera pertanto sul processo di apprendimento dell'individuo adulto, sulla capacità di comprensione e di controllo delle dinamiche intra e intersoggettive, sulla dinamica istituzionale che regola l'esperienza dei rapporti interindividuali e organizzativi (Avallone, 1989).

La ricerca, all'interno del circuito ricerca-azione-ricerca, è caratterizzata pertanto da un tipo di "verità" che non assume connotati di "assolutezza" e che rifiuta la "certezza", qualificandosi come non-falsificazione, e avente senso soltanto all'interno di un campo istituito dalla relazione tra il ricercante, il metodo utilizzato e gli attori sociali che in esso sono coinvolti (Stella, Quaglino, 1977). Tale ricerca non si fonda sui presupposti della ricerca "sperimentale", o di laboratorio, caratterizzate da ripetibilità, misurazione, evidenza percettiva immediata, cioè su quel tipo di ricerca che si mantiene rigidamente al modello fisico matematico. Secondo tali modelli infatti l'uomo sottopone a verifica ciò che già conosce in anticipo e che fondamentalmente deve solo più ri-conoscere, verificare, ma non esplorare o scoprire (Heidegger, Horlwege, Klosterman, 1950). Il modello fisico-matematico è caratterizzato da sistemi complessi, costituiti da sottosistemi e unità

ripetitive e uguali, tali per cui è possibile formulare leggi a carattere universale. La ricerca psicosociale entro i fatti tiene in considerazione anche gli elementi di storicità e si caratterizza come un "lavoro di esplorazione, di continua costruzione ristrutturante, di donazione di senso e di interrogazione", (Ibidem). Nella ricerca di laboratorio il ricercatore isola quanto più possibile se stesso dal campo della ricerca: ciò verrebbe considerato come la garanzia del mantenimento dell'oggettività e dell'impersonalità. La procedura della ricerca psicosociale invece include il ricercatore nel campo delle relazioni tra gli attori sociali "con" i quali "intraprende il cammino di esplorazione". "Egli è per loro oggetto di attese, di richieste, di interdizioni, di proiezioni e a sua volta investe parti di sé". Il riconoscimento di questi reciproci investimenti e traslazioni può consentire la ricerca autentica. In questo processo l'assunto metodologico fondamentale è quello per il quale ricerca e intervento si articolano l'una sull'altro, reciprocamente: il conoscere si fonda sull'azione intenzionale di un progetto.

Seguendo quest'ottica appare alquanto difficile ritenere perseguibile un cambiamento, in cui il destinatario del cambiamento non viene coinvolto rispetto alla finalità e dunque non ha più senso la tendenza condivisa ad identificare la formazione "esclusivamente" come un corso. Il corso viene a porsi come un "momento" del passaggio dalla teoria alla prassi. Tale passaggio coinvolge un ordine di ragionamenti relativi al tipo di azione-operazione necessaria per la traduzione in pratica del processo di trasmissione-acquisizione di determinati set di sapere, più o meno specialistici. Il problema della concretizzazione in un corso sta nel tradurre la rappresentazione delle azioni e delle operazioni nel campo della formazione, in relazione a una sequenza di momenti rigorosamente determinati. Ciò che si verifica spesso è l'identificazione della formazione solo con il corso. Poca attenzione viene rivolta ad esempio all'analisi dell'ambiente, alla valutazione dei risultati, alla rilevazione dei bisogni: prevale spesso una progettazione predefinita e vincolata a una logica della tradizione, spesso lontana dalla realtà. Qui sta il gioco d'intendere diversamente il rapporto tra ricerca-azione-ricerca, nella logica della contemporaneità, piuttosto che della continuità: e qui sta il nostro modo d'intendere il "corso" come intervento-azione all'interno del processo ricerca-azione-ricerca. Tale percorso formativo di ricerca-azione-ricerca si struttura mediante un processo circolare che va dalla teoria alla prassi e nuovamente alla teoria: intendiamo il corso come un momento di intervento in questo processo circolare, quello che costituisce la prassi; gli elementi, i dati emersi dal corso contribuiranno a una strutturazione ulteriore di ricerca. Nel nostro modello, che con questo manuale proponiamo, il corso è uno degli aspetti del processo formativo, quello relativo all'azione-intervento. Questo intervento può rappresentare il momento di attivazione e di mantenimento di uno spazio, un tempo e un metodo per condurre una esplorazione, una riflessione, una rielaborazione che consenta agli attori di riconoscersi, di conoscere sé stessi con modalità diverse, assumendo la propria responsabilità e trasformando attivamente la propria cultura.

L'azione formativa va dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati: tali passaggi, riconosciuti come facenti parte dell'intero processo di ricerca, si concretizzerebbero nell'intervento del corso, inteso invece più come momento centrale del cambiamento. Se si riduce la formazione ad un corso si intende un processo in cui ogni tappa viene separata dalle altre: il separare le tappe implica portare una scissione alle varie parti del

processo formativo. Abbiamo visto di quante scissioni si caratterizza la formazione in ambito socio-sanitario: l'identificare la formazione col corso implica operare nuovamente una scissione. Il fatto di non considerare il "corso" come unica possibilità o momento di formazione è ciò che ci ha stimolato a scrivere il presente manuale. Quest'opera intende collocarsi nell'ambito di un processo di riflessione, all'interno di quella ricerca-azione-ricerca con cui noi intendiamo ogni percorso formativo. Su questi principi teorici abbiamo pertanto cercato di impostare concretamente la nostra "azione" formativa. Nelle pagine che seguiranno sarà esplicitato l'intero iter organizzativo e procedurale che è stato concretizzato, anche, nella realizzazione di un corso.

2.10 Finalità di un percorso formativo per operatori socio-sanitari

Una richiesta della Direzione Generale Servizi Medicina Sociale del Ministero della Sanità di organizzare e coordinare scientificamente un "corso" di formazione per le diverse figure professionali che debbono attuare interventi di informazione ed educazione sanitaria, di supporto psicologico, di assistenza sociale e di medicina preventiva per la prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti in trattamento, ha dato avvio ad un nostro progetto di esperienza formativa. Esso viene a configurarsi come un progetto di tipo sperimentale in quanto l'attualità della tematica specifica dell'AIDS, con le sue connotazioni, porta ad una elaborazione del problema della prevenzione in termini di ricerca. Ricerca dunque sui moduli più adeguati per la formazione degli operatori, in funzione delle prevenzioni tossicodipendenza-AIDS. In specifico le finalità che il progetto si è proposto sono:

- a) individuazione ed esplorazione delle problematiche emotive oltre che tecniche che gli operatori si trovano ad affrontare a contatto con tossicodipendenti in trattamento.
- b) conseguenti possibilità di una migliore prevenzione dell'AIDS nei tossicodipendenti in trattamento, attraverso la preparazione degli operatori.

L'intervento psicologico è inteso come il filo conduttore di tutto l'iter di formazione, in quanto si ritiene che quella che può essere definita come la "dimensione emotiva", correlata ai contenuti tossicodipendenza-AIDS, quali tematiche da trattare, sia presente in misura pregnante.

Gli utenti di tale progetto sono figure di professionisti (medici, assistenti sanitarie, infermieri, psicologi, assistenti sociali ed educatori) con diversificata collocazione operativa nell'ambito dei servizi socio-sanitari. Questi operatori partecipano ad un percorso che ha contenuti multidisciplinari ed in cui si fa uso di vari strumenti come, per esempio, i gruppi psicologici. L'attività proposta si svolge in un "corso" strutturato a due livelli, un livello "informativo" in cui si utilizzano come strumenti lezioni e conferenze attuate in un tempo definito, per dare spazio allo svolgersi di discussioni e dibattiti dai quali possono emergere e chiarificarsi richieste di "sapere" degli operatori. Un secondo livello, "formativo" prevede l'utilizzo di gruppi, intesi quali strumenti specifici collaudati con precise tecniche psicologiche, condotti da psicologi specializzati in dinamica di gruppo, al fine di rielaborare l'esperienza e i vissuti personali dei partecipanti, in relazione ai contenuti del corso e alle esperienze degli altri componenti. Si è fatto uso anche di esercitazioni, come ulteriore ele-

mento di stimolazione e di invito a riflettere su situazioni concrete.

Il percorso è infine stato sottoposto a una valutazione mirata ad individuare se gli operatori hanno maturato una maggiore abilità e capacità di farsi carico del problema e di costruire interventi preventivi appropriati. La validità del percorso pertanto viene verificata mediante l'osservazione sia dell'accrescimento del bagaglio culturale specifico che della modifica intervenuta negli atteggiamenti, nei confronti dell'attività preventiva e del comportamento circa la tutela dello stato di salute.

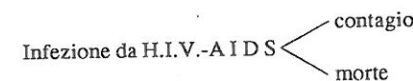
2.11 Tossicodipendenza e AIDS

La Sindrome da Immunodeficienza Acquisita-AIDS- è un fenomeno che ha assunto rilevanti dimensioni sociali. Dalla letteratura si apprende quanto sia stato travagliato l'iter di individuazione e di definizione di questa malattia e, a tal riguardo, alcuni riferimenti possono introdurre ad un discorso sull'immagine di tale malattia (Grmek, 1989).

Fino alla fine degli anni 70 non emergono segnalazioni di casi. Le prime segnalazioni di una nuova malattia si verificano negli Stati Uniti: essa si presenta come un'epidemia scoppiata tra gli omosessuali maschi e si ipotizza sia dovuta probabilmente al tipo di rapporti sessuali, alla promiscuità e all'uso di sostanze eccitanti. Successivamente tra i tossicodipendenti eterosessuali, tra gli emofilici classici e anche gli eterosessuali (non tossicodipendenti), inizialmente di ceppo haitiano, si presentano manifestazioni patologiche simili a quelle rilevate tra gli omosessuali. Tali manifestazioni vengono successivamente individuate anche tra i partners femminili di soggetti malati e in bambini nati da madri appartenenti alle categorie menzionate. Si delinea così in modo sempre più chiaro l'ipotesi che questa nuova malattia sia causata da un agente virale trasmissibile, con modalità di diffusione di tipo sessuale-parentale. (Masur, 1982; Gottlieb 1983). E' utile sottolineare come, dopo i casi rilevati in U.S.A., i primi casi individuati in Europa sono segnalati tra persone di origine africana. Vengono così a definirsi sempre più chiaramente le cosiddette "categorie a rischio" di persone più esposte alle forme del contagio. Col tempo poi si circoscrivono i modelli prevalenti di trasmissione del virus e viene ulteriormente ridefinito il concetto di "categoria" a rischio. Attualmente si fa riferimento ai "comportamenti" con elevato rischio di contrarre la malattia. (Peterson, 1985; Ippolito Rezza, 1987).

Altrettanto travagliata è stata l'identificazione dell'agente causale della malattia: due istituti si sono contesi per lungo tempo la priorità della scoperta, l'Istituto Pasteur in Francia e l'equipe del dottor Gallo negli Stati Uniti. Solo in questi ultimi anni si è addivenuti ad una unificazione della denominazione della nuova infezione virale, ora definita dalla O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità) come H.I.V. (Human Immunodeficiency Virus), di cui l'AIDS è la manifestazione più grave. Si sono chiarite le modalità di trasmissione: per via sessuale, parentale e perinatale, il virus sembra essere contenuto in più elevata concentrazione nel sangue e nello sperma dei soggetti infetti. Si è ricostruita la probabile via seguita dal virus nella mutazione e nella diffusione, ma rimane ancora in ombra la sua origine. Tutto ciò induce pertanto a riflettere come l'immagine che caratterizza l'AIDS sia correlata alla sua origine sconosciuta, alla ineluttabilità del suo esito

finale, alla contagiosità subdola, e soprattutto al sapere che fino ad oggi non esistono rimedi. (Segre, 1987). L'assenza di certezza intorno ai suoi limiti, comporta inoltre una sensazione che è simile a quella che si prova di fronte all'imponderabile. Alcuni autori (Simonelli, Solano, 1988) che hanno affrontato specificatamente il problema dell'AIDS in chiave psicologica, fanno il paragone con il terrorismo, che appare tanto più minaccioso e quindi destabilizzante, quanto più imprevedibile ne appare la diffusione, piuttosto che per la realtà dell'entità globale dei danni. Vediamo allora come l'AIDS, che si lega a realtà quali la droga, il sangue e la sessualità, veicoli due aspetti inquietanti:



Il fatto di essere contagiosa sollecita emozioni di allarme, paura e fuga. L'essere una malattia "inguaribile" comporta poi un implicito collegamento con la morte. Bertini (1988), Gius (1990), Sontag (1988) hanno evidenziato come le fantasie che si attivano nelle persone circa il contagio e la malattia costituiscano gli ingredienti per un "micidiale cocktail", atto a determinare nel campo sociale atteggiamenti più dovuti alle fantasie stesse, che alle dimensioni effettive del fenomeno.

Ponendosi in questi termini, la questione induce alcune riflessioni. Riguardo al contagio e ad un collegamento con la morte il sentimento dominante è vicino all'angoscia, la quale scatena reazioni che vanno considerate. In primo luogo, nell'intento di allontanare da sé la sofferenza, si è visto che la gente è andata alla ricerca di un colpevole, di un "capro espiatorio", di un "untore" (Grmek, 1989). Sono stati circoscritti i gruppi a "rischio", fonte di pericolo: gli omosessuali, i tossicodipendenti, gli africani; essi sarebbero i diversi, gli "altri", i colpevoli. Ciò nel tentativo di relegare il male all'esterno, allontanandolo da sé e circoscrivendolo per rassicurarsi e assicurarsi la garanzia che se da "essi" si sta lontani, si può restare indenni. Oltre a generare un senso di rifiuto e di imbarazzo, questa sindrome ha dato origine a un panico incontrollato, accompagnato da sentimenti e spesso atteggiamenti di razzismo di fronte ai colpiti dal male. Ha fatto riemergere infatti problematiche del passato di carattere culturale e psicosociale, quali l'interpretazione della malattia in termini di punizione e maledizione divina con l'isolamento dei soggetti malati (Kubler - Ross, 1987, Cazzullo, 1987). In una prospettiva antropologica occorre riflettere sui temi che sembrano soggiacere alla domanda sociale sul malato di AIDS: la trasgressione, la colpa, la morte.

Anche la situazione di una persona sieronegativa, che pensa di aver avuto in passato comportamenti passibili di contagio, passa attraverso uno stato emotivo che viene identificato come "sindrome della spada di Damocle" (Simonelli, Solano, 1988), caratterizzato dall'ansia, dovuta all'incertezza. Qualunque disturbo si presenti può scatenare in queste persone stati di panico. L'ansia è così intensa da compromettere capacità sociali e lavorative. L'attesa angosciata è connessa, anche qui, oltre che alla realtà della situazione, alla percezione di un'entità minacciosa che, come le Erinni della mitologia greca, prima o poi punirà delle colpe commesse. E' importante sottolineare come lo stato ansioso può avere risonanza sul piano della prevenzione, in quanto l'ansia ha un effetto immunosoppressivo.

vo. Gli autori citati rilevano che, paradossalmente, l'angoscia, quando viene vissuta fantaticamente in relazione a un'entità che si presenta come altamente giudicante e vendicativa verso il soggetto, non sia la base migliore per la realizzazione della messa in atto di precauzioni realistiche, proprio in quanto non è riferita alla realtà. Gli autori riportano che questa situazione può dare origine, invece, all'attuazione di rituali o sacrifici propiziatori volti a "impetrare pietà", invece che alla messa in atto di provvedimenti concreti, mirati a evitare il contagio in modo più realistico. Tali provvedimenti, anzi, proprio in quanto fanno riferimento ad un comportamento colpevole, sottraendolo alla giusta "punizione", verrebbero sentiti a loro volta anch'essi come colpevoli. La dinamica psicologica si presenta pertanto alquanto complessa.

Un altro elemento che va inoltre rilevato, è l'influenza dei fattori psicosociali sull'instaurarsi dell'infezione. I rapporti tra fattori psicosociali e sistema immunitario sono da tempo noti in letteratura (Pancheri, 1983). Essi si attuerebbero attraverso l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e fomirebbero un anello di congiunzione tra vita mentale e patologia somatica. Tra i fattori in grado di influenzare la possibilità di contrarre l'infezione da H.I.V. è stata ipotizzata l'influenza aggiuntiva di fattori individuati come psicosociali, quali le abitudini di vita in generale, il rapporto sociale, lo stress. Dalla letteratura (Derogatis, 1979; Eysenk, 1985; Jemmott, 1984;) è noto infatti come ciascuno di questi sia in grado in generale di influenzare la risposta immunitaria. Se l'influenza dei fattori psicosociali, facilitante o preventiva per tutte le infezioni in generale, è da tempo stata dimostrata, quella interveniente sulla possibilità di contrarre infezioni da AIDS è stata collegata ai "comportamenti" a rischio (Coates, Temoshok, Mondel, 1984; Deuchar, 1984; Martin, 1984).

La tossicodipendenza è la seconda tematica, che caratterizza il contenuto del progetto: anche qui siamo in un territorio di frontiera, dai confini incerti, e provocatori (Mozzani, 1987) in cui le modalità del vivere e del convivere sono sfumate, sottese da una fragilità e labilità di regole, in cui le modalità comportamentali sfuggono.

La tossicodipendenza è una soluzione inadeguata della gestione della propria conflittualità e della propria esistenza. Questa insicurezza dell'esistenza, ma soprattutto la fragilità e la paura della morte sono gli elementi caratterizzanti che porterebbero molti adolescenti a scegliere di "sommministrarsi" la morte da sé, a poco a poco, così da avere la sensazione di poterla quasi controllare. Alla base dunque di questi atteggiamenti è legittima una scelta di morte, che ha la prerogativa di poter essere "controllata" dall'individuo. Il vissuto che la maggior parte dei tossicodipendenti può avere nei confronti di un'eventuale infezione da H.I.V. è un vissuto in cui ne viene negata la gravità, la contagiosità, con la conseguente assenza di messa in atto di precauzioni (Cazzullo, 1989).

Un altro vissuto per il tossicodipendente è quello in cui si prospetta in modo drammatico l'incertezza del futuro, resa ancora più grave dalla giovane età in cui in genere non è previsto l'insorgere di una malattia potenzialmente fatale. Infatti, prima dell'affermarsi dell'AIDS, il tossicodipendente nonostante la sfida e il gioco che conduceva giornalmente con la morte, poteva fantasticare di esserne immune. Con la comparsa dell'AIDS questa sua immaginaria immunità è stata sfatata (Segre, 1987). Di questo va tenuto conto nella valutazione soprattutto delle modificazioni del suo comportamento per quanto concerne sia lo scambio di siringa, sia quello che è il suo vissuto sessuale. Se in molti casi infatti l'attività sessuale viene interrotta, ciò non sarebbe dovuto esclusiva-

mente alla paura del contagio ma a difficoltà più profonde che si riferiscono ad una rielaborazione dell'immagine di sé, che avviene in un contesto saturo di sensi di colpa. E' facilmente comprensibile come l'individuo che si trovi di fronte a una tale malattia resti paralizzato, almeno in un primo momento, rispetto alla sessualità. La sessualità, come comportamento, può non subire variazioni: la paura da sola non è un elemento sufficiente per demotivare una persona rispetto al fattore di rischio. Al contrario, dove esistano, nella storia precedente del soggetto, motivazioni autodistruttive, esse possono essere rinforzate. Questo si verificherebbe più spesso in soggetti tossicodipendenti che da tempo hanno accettato di mettere a rischio la propria incolumità fisica. Una particolare attenzione, quindi, va prestata a questi casi dove è primaria l'elaborazione della rabbia e dell'autodistruttività, ciò non solo per salvaguardare le altre persone, ma per aiutare l'individuo stesso a non accrescere il proprio bagaglio di sensi di colpa e poter ritrovare la propria identità al di fuori dell'emarginazione (Goulden, 1984).

Queste brevi considerazioni preliminari sui contenuti tematici, vanno correlate agli obiettivi del corso:

a) gli operatori che si occupano di tossicodipendenza devono fare i conti con un'esperienza di rapporto con un paziente tossicodipendente e con un male ad alto rischio. Gli operatori pertanto si trovano a dover sperimentare, sentimenti personali nei confronti della malattia e della morte, che, per l'intensità trasmessa loro dagli utenti, necessitano di un'adeguata elaborazione.

b) l'AIDS è una malattia infettiva, con esito infausto ritenuta il "male del secolo", definita la "peste del 2000" (Pagliarini, 1986) verso cui la medicina ha denunciato la sua impotenza. Ciò è accaduto proprio nel momento storico in cui essa sembrava aver avuto vittoria su molte malattie ed epidemie. A livello biologico medico non ci sono attualmente presidi farmacologici, per cui si può intervenire solo a livello preventivo. E' chiaro allora come il discorso sulla "prevenzione" diventi il fulcro degli interventi.

A tal riguardo è necessario evidenziare ancora due punti. E' stato detto che rispetto alla dimensione infezione da H.I.V. la medicina non può garantire la guarigione, ma ciò va contro i presupposti stessi della scienza e del progresso. L'etimologia della parola malattia rimanda al concetto di male che provoca limitazioni tanto più estese quanto più è grave la sindrome. Il "male" assume le caratteristiche di una calamità quando la salute viene minacciata da agenti incontrollati, oscuri e, nell'impatto col sociale, si genera allarmismo e rigetto (Cazzullo 1987). Le figure preposte alla tutela e alla salvaguardia della salute, i medici e gli operatori socio-sanitari, disarmati e impotenti di fronte ad un evento nuovo e sconosciuto, si sono trovati pertanto a dover compiere il loro lavoro di rassicurazione e contenimento del fenomeno solo in minima parte, perché sprovvisti di "strumenti" terapeutici. Questo ha contribuito ad aumentare il senso di insicurezza del comune cittadino del malato e degli operatori. Ciò che ha spaventato di più sembra essere proprio l'impotenza della medicina. Medicina tuttavia non è sinonimo di guarigione, anche se nel senso comune il medicare, il curare viene in genere investito di tutte le aspettative connesse al guarire.

Occorre riflettere che l'etimologia della parola medicina, medico, medicare, dal latino *medeor*, *mederi*, significano curare, medicare, sanare. In greco dalla medesima radice *indoeuropea me-d* abbiamo *μέδω*, che significa ho cura di, proteggerò. Di fronte a casi di malattie inguaribili diventa necessario poter recuperare la valenza del termine medicina che

è connessa al "prendersi cura di". Solamente riattivando questo significato della medicina sarà possibile per gli operatori "farsi carico della" drammatica situazione clinica dell'AIDS. Lo psicoanalista Fornari (1976) riferisce di due tipi di atteggiamenti riscontrabili negli operatori e nelle strutture sanitarie: "il curare" e il "prendersi cura di". Il primo, "curare", si riferisce a un atteggiamento per cui l'operatore affronta la malattia vista come un qualcosa di distinto dal paziente, e cerca di eliminarla; il termine "prendersi cura di" fa riferimento invece a un atteggiamento di "presa in carico del" paziente compresa la sua malattia. L'operatore il quale sceglierà di adottare l'atteggiamento del "curare" adeguato in altre situazioni, come ad esempio nella chirurgia, si troverà esposto al rischio di gravi crisi, in una situazione in cui nulla si può attualmente fare, se si opera nell'ottica di estirpare la malattia. Il "farsi carico di" è un atteggiamento mentale che deve essere fatto proprio dall'operatore socio-sanitario onde poter tradursi in modalità comportamentali.

L'altro punto da prendere in considerazione è il fatto che i pazienti che potrebbero essere portatori di una malattia grave, contagiosa e inguaribile come l'AIDS sono per la maggior parte tossicodipendenti e omosessuali, tali quindi da suscitare tutta una serie di vissuti particolarmente intensi negli operatori che si trovano ad occuparsene, vissuti che sono aggravati da un ulteriore peso emotivo costituito dalla pericolosità della malattia.

Le abitudini che determinano le condizioni di tossicodipendenza e omosessualità e la valutazione che suscitano possono essere un ostacolo alla presa in carico del paziente come persona da parte dell'operatore, in quanto procurano emozioni che condizionano la relazione socio-assistenziale e i comportamenti connessi: le risposte emotive degli operatori vanno pertanto prima riconosciute per essere elaborate. Per farsi carico di qualcuno occorre entrare in relazione. L'atteggiamento dell'entrare in relazione, non comporta solo un evento razionale ma coinvolge la totalità della psiche, nei suoi aspetti cognitivi ed emotivi. Entrare in risonanza e riconoscere sentimenti ed emozioni permette di qualificare la realtà lavorativa che coinvolge l'operatore. E' opportuno quindi che gli operatori esaminino i loro atteggiamenti e vissuti; in particolare è opportuno che riconoscano eventuali immagini stereotipe che il paziente tossicodipendente od omosessuale suscita in loro e si facciano carico delle proprie apprensioni personali, nei confronti della malattia AIDS, compresa la loro possibile vulnerabilità ad essa.

2.12 La prevenzione nell'ottica della psicologia della salute

Ogni intervento sanitario che si muove in un'ottica di prevenzione può essere attivato a tre livelli:

- 1) prevenzione primaria: allontanare le cause eliminando o riducendo le probabilità del prodursi delle malattie;
- 2) prevenzione secondaria: individuare quanto più precocemente possibile ogni eventuale alterazione dello stato di salute, interrompendo o rallentando così l'ulteriore decorso della malattia;
- 3) prevenzione terziaria: impedire ogni aggravamento della malattia già in atto, riducendone gli esiti permanenti o posponendo la morte del soggetto.

Il nostro intervento si muove all'interno di una prevenzione primaria, versus secon-

daria. La prevenzione primaria generalmente si rivolge ad aspetti del comportamento a difesa della salute ed ha il compito di fare apprendere le abitudini positive e di fare cambiare quelle negative; ciò porta ad intervenire sui fattori di rischio della malattia prima che questa abbia la possibilità di svilupparsi. La prevenzione primaria in genere viene messa in pratica mediante due strategie. Quella più diffusa impiega "mezzi" per "correggere" i comportamenti che possono rappresentare un problema per la salute (ad esempio i vari programmi creati per avviare le persone a perdere peso superfluo, a non fumare), oppure un'altra strategia è "aiutare" le persone a non sviluppare tali comportamenti.

Occorre però puntualizzare, prima di fare alcune considerazioni in merito a queste strategie, che cosa si intenda per prevenzione. Vi è un'ambiguità nel concetto di prevenzione così come vi è differenziazione a seconda del modello epistemologico di riferimento, tratto dalle scienze biologiche piuttosto che dalle scienze umane. Il concetto di prevenzione va esaminato all'interno del contesto socio-culturale: vi è infatti una differenza essenziale di interpretazione, nel modello medico e in quello psicologico. Ci sembra pertanto utile continuare il discorso prima ad un livello di riflessione più generale sul "significato" e sul valore che si dà a questo termine, significato e valore che, come abbiamo visto, si ritrovano poi nelle modalità operative di intervento.

In ambito storico è possibile evidenziare una duplice ed antica concezione della medicina, concezione che è stata esplicitata lungo il corso del tempo attraverso rappresentazioni mitiche e iconografiche. L'antropologia, la psicologia sociale, ci hanno insegnato, seppure con modalità diverse, a considerare le produzioni mitiche espressioni del pensiero umano, modi di intendere la strutturazione della realtà, rappresentazioni delle concezioni del mondo. Più specificatamente la psicoanalisi con Freud ha utilizzato i miti alla stregua dei sogni, come produzioni psichiche con significato simbolico. I miti, dunque, come le rappresentazioni iconografiche, possono essere letti come espressione metaforica di una verità inconscia, ed essere utilizzati come indici utili nelle indagini sull'orientamento dell'animo umano (Imbasciati, Cena, 1988).

La rappresentazione mitologica della medicina è costituita da Esculapio, che ha due figlie: Panacea, personificazione delle cure della malattia, e Igea (da cui deriva Igiene), personificazione della tutela della salute. Sono sempre state presenti, nella medicina, rappresentate a livello metaforico, due branche specialistiche: una è la prevenzione, a tutela della salute, che viene diversificata dalla cura, dalla Panacea della malattia. Ciò che è prevenzione e ciò che è trattamento, cura delle malattie, sono individuati come due momenti diversi e separati.

Secondo il modello biomedico la salute va considerata come qualcosa che non ha niente a che vedere col comportamento dell'individuo ed è definibile per mezzo di variabili fisiologiche ben quantificabili. La malattia può essere spiegata come deviazione della norma di variabili biologiche misurabili (Engell, 1977). Il modello biomedico richiede che la malattia sia trattata come un'entità indipendente dal comportamento sociale e sottolinea che le deviazioni comportamentali debbono essere spiegate in base a processi biochimici o neurofisiologici disturbati. Il modello biomedico si rifà a una prospettiva riduzionistica, dei fenomeni, visti come derivanti da un singolo principio primario e sul dualismo mente-corpo. Questa impostazione deriva da una considerazione storica secondo cui la biomedicina ha dato la base per lo studio scientifico della malattia. La

prevenzione nella tradizione medica è sempre stata correlata all'idea di malattia e di difesa da essa: era come dire che "se so che una certa cosa mi farà male, me ne difendo". L'assunto di fondo della prevenzione sanitaria era in questo caso poter influenzare il cambiamento attraverso prescrizioni. Questa ipotesi di prevenzione, secondo un modello di tipo medico, si fonda sulla convinzione che una persona per poter cambiare il suo comportamento deve "sapere". Pre-venire un contagio, una malattia, è fornire una serie di prescrizioni pre-liminari prima della attuazione di un comportamento, per indurre modificazioni di comportamento. Se per certi casi questo modello può funzionare, in molti altri si è rivelato inefficace ed inadeguato.

In ambito di studi e ricerche ad indirizzo psicosociale si è potuto infatti constatare come il modello di prevenzione, secondo la tradizione medica, sia in taluni casi poco funzionale, in quanto il cambiamento di un comportamento implica altri fattori che vanno al di là dell'esecuzione delle sole prescrizioni consigliate. In tal senso gli apporti sono stati notevoli e le modalità per fare prevenzione si sono arricchite. L'opera di prevenzione è stata pertanto collocata nell'ambito più globale di quella che è intesa come l'Educazione Sanitaria. La Medicina preventiva cioè si integrerebbe e si completerebbe attraverso l'Educazione Sanitaria: "non può esservi tutela della salute senza una efficace educazione sanitaria, così come l'Educazione Sanitaria non può avere altro argomento che la tutela della salute, cioè quelli che sono i contenuti della Medicina preventiva. L'educazione sanitaria si configura essere l'elemento essenziale di ogni politica di sanità pubblica, perché costituisce l'unico mezzo per realizzare la prevenzione delle malattie" (Medicina preventiva e sociale, 1980). Il problema dell'educazione sanitaria, inteso nella sua più comprensiva espressione, coinvolge dunque in modo diretto e a diversi livelli le strutture socio-sanitarie che sono chiamate a considerarla come una componente della loro funzione, volta a farsi carico di aspetti e problematiche, in varia misura connessi alla formazione di una coscienza sanitaria dei cittadini in generale.

Parlare di Educazione Sanitaria negli anni 90, implica un modo diverso di intenderla dagli anni passati e di conseguenza potranno risultare diversi sia il convincimento interiore relativo ad essa, sia il comportamento che ne consegue. La moderna concezione dell'educazione sanitaria ritiene insufficiente e relativamente inefficace l'imposizione di regole ed auspica invece che il paziente venga stimolato ed educato a partecipare costruttivamente alle vicende della sua salute (Allport, 1970). Da cui la coscienza che "...la partecipazione attiva e consapevole dei cittadini è condizione di primaria importanza del successo e senza tale partecipazione gli interventi sanitari restano assai spesso discontinui e imperfetti" (Seppilli, 1966). L'educazione sanitaria intesa come una componente del processo educativo globale dell'individuo dovrebbe concorrere a promuovere nei singoli una serie di atteggiamenti e di comportamenti positivi nei riguardi della salute propria e della comunità. Parlare di atteggiamenti e comportamenti rimanda da un lato a una serie di motivazioni individuali sul piano psicologico e dall'altro a condizionamenti di livello sociale. Il raggiungimento della consapevolezza dei propri atteggiamenti (o delle motivazioni che li sottendono) e della scelta positiva di determinati comportamenti (a prescindere da condizionamenti socio-culturali) rappresenta quella "condizione necessaria" per una responsabilizzazione di fronte alla propria e alla altrui salute.

Negli ultimi anni si è assistito ad una graduale evoluzione del concetto di "educazio-

ne" sanitaria, fino alla concezione attuale per cui essa viene intesa nell'ambito dello sviluppo globale della persona, non solo nei termini ristretti di evitare le malattie, ma nel favorire tutte le aree possibili di sviluppo dell'individuo fra loro interdipendenti (sviluppo fisico, affettivo ed intellettuale). Essa cioè indica in primo luogo un processo di responsabilizzazione del singolo nei confronti del proprio stato di salute psicofisica e della collettività e, in relazione a questo, una presa di coscienza (da cui possa scaturire un intervento attivo) delle caratteristiche ambientali e sociali della comunità e dei fattori di vario tipo che influiscono sulla salute. Da diversi anni si è affermato in ambito psicosociale un filone di studio sulle rappresentazioni sociali sottostanti ai comportamenti sanitari, intesi come quell'insieme di norme, strategie e abitudini che ci permettono di far fronte ai segnali che il nostro organismo ci trasmette sia in condizione di salute, sia in condizione di malattia (Moscovici, 1961). Il nostro sistema di regolazione della condotta dipende ed è orientato da universi di rappresentazioni esprimibili in opinioni, credenze e atteggiamenti, una sorta di impliciti schemi di riferimento. La salute non viene più intesa soltanto come assenza di malattia o di infermità, ma come uno stato di "benessere fisico, mentale, sociale", secondo la definizione dell'O.M.S, cioè come "una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'individuo, integrato nel suo ambiente naturale e sociale. Sempre nella logica della Riforma Sanitaria si sono andati rivedendo gli obiettivi e i parametri di riferimento relativamente a ciò che si intende come salute e a ciò che si considera malattia: l'ottica è quella di riportare la medicina a diventare sempre più "scienza e arte di promozione della salute" (Medicina preventiva e sociale 1980). I gruppi di discipline che si occupano da un lato di prevenzione, come l'Igiene, la Sanità Pubblica, le discipline cliniche e dall'altro le specializzazioni mediche e chirurgiche che si dedicano principalmente alla diagnosi e alla cura, secondo i principi della Riforma, dovrebbero avviarsi verso un obiettivo comune riassunto nell'aforisma "ogni caso di malattia, rappresenta un insuccesso della medicina". Non ci si dovrebbe limitare più a mettere in rilievo il momento patologico, rispetto all'ambito della vita individuale del soggetto ammalato, ma il problema sanitario dovrebbe prospettarsi ad essere affrontato in modo globale, evitando la scissione delle fasi della prevenzione, della cura e del recupero del malato, nell'ottica di prevenire l'insorgere delle malattie o di evitare l'aggravarsi di esse con un intervento rivolto sia al soggetto, sia all'ambiente e alla rete di rapporti che egli può stabilire con gli altri.

Solo in un modello integrativo più complesso quale quello pensato da Engell nel 1977 (Engell, 1977) è stato possibile integrare i diversi aspetti. In questo nuovo modello definito come bio-psico-sociale la salute viene intesa come quell'insieme di elementi fisiologici, ma anche psicologici, sociali e culturali; in questo modello inoltre, si dà rilievo tanto alla malattia quanto alla salute, piuttosto che considerare quest'ultima come condizione di mancanza di malattia. Questi principi sulla salute sono poi quelli che stanno alla base del testo della Riforma. Paradossalmente, a livello operativo, viene utilizzato un modello invece più improntato a livello biomedico.

Nella Riforma Sanitaria Nazionale e nella definizione di salute fatta dalla Organizzazione Mondiale della Sanità è posta l'enfasi sull'affermazione che la salute non è assenza di malattia, bensì benessere psicofisico e sociale, si sottolineano i riconoscimenti dati dalla medicina ufficiale alle necessità di considerare la persona umana non come una

somma dei suoi molteplici organi, bensì come espressione di svariati fattori di diversa natura, quali quelli fisici, psichici e sociali. A livello teorico questi principi sono stati maturati, portati ad una consapevolezza e tradotti in norme, che stentano però ad essere attuate con modalità di intervento.

Nella concezione teorica sono stati messi parallelamente in evidenza i fattori biologici, psicologici, culturali e sociali di salute e non salute, secondo una sempre più rivalutata concezione globale dell'uomo e del suo sviluppo, rovesciando una scala di valori che pone l'accento su quelli materiali come l'efficienza, o la produttività e sciogliendo un approccio multidimensionale e multidisciplinare che tenga conto della complessità di fattori interni, oltre che esterni della persona. Si è preso atto che ogni individuo non è un'entità a sé stante, e che ogni comportamento non è una manifestazione isolata del soggetto (così come ogni nostra azione non ha soltanto l'effetto limitato a cui essa è destinata) ma che ognuno di noi è un insieme che si è strutturato a poco a poco, attraverso esperienze vissute nel tempo; è un sistema articolato di equilibri più o meno precari, più o meno stabili, in rapporto con e influenzato da, altri sistemi complessi di relazioni, per cui ogni intervento, ogni comportamento va messo in relazione con il sistema di cui fa parte e con cui interagisce (Cancrini, 1986). Su questa base la salvaguardia della salute non appare un dato puramente biologico, né campo esclusivo dell'intervento medico, ma fa parte di un processo che supera i confini strettamente curativi, sanitari, privilegiando il momento preventivo ed estendendosi quindi a vari settori della vita sociale.

In questa concezione globale della salute che coinvolge a vari livelli e in vari settori il singolo e la collettività, noi intendiamo l'educazione sanitaria e la prevenzione come aspetti fondamentali del processo "educativo" di ognuno: prevenzione come una educazione alla salute, nell'ottica di una psicologia della salute. Essa si fonda sulla presa di coscienza della propria realtà individuale e della stretta interdipendenza che lega gli eventi biologici, psicologici, culturali e sociali, che convergono nello sviluppo progressivo della personalità, nell'acquisizione di un'identità personale, nel proprio essere nel mondo, nel proprio porsi nei riguardi di sé stesso, degli altri e della realtà con cui ognuno si deve confrontare. Deve essere ripensato il significato stesso che si dà al termine educare. Educare da ex-duco, condurre fuori, etimologicamente significa non in-trodurre ma tirare "fuori". Educare spesso è inteso più come un condurre verso principi corretti, un in-durre cioè mettere "in", "dentro", piuttosto che "ex", cioè far uscire, aiutare l'altro a maturare dall'interno, da sé. Educare alla salute, potrebbe intendersi come un condurre fuori la salute, cioè quanto di meglio c'è nel Sé dell'individuo: è aiutare l'altro a trarre fuori di sé la "salute", a pensare alla propria salute, alla propria "integrità" corporea. Questo passa attraverso la conoscenza del modello della "salute", cui l'individuo si riferisce, cioè cosa significa per lui stare bene. E' verificare se quello che lui intende per "essere in salute" è in realtà in sintonia con il mantenimento dell'integrità del proprio Sé corporeo. Se poi la propria "concezione di salute" è paradossalmente in contrapposizione ad una unità e integrità del Sé, lì occorre intervenire per recuperare l'integrità della persona: è educare ad "essere" in salute. In tale prospettiva il valore della salute viene inteso non come un dato o un bene di cui ci si rende conto solo quando si corre il rischio di perderlo o quando è già seriamente compromesso, bensì come una conquista soprattutto personale, che esige impegno, controllo, rispetto per sé stessi e per gli altri e regole di com-

portamento normate da ciascuno. In questo processo preventivo di "Educazione alla Salute" si richiede di aiutare ciascuno a conoscere sé stesso e gli altri e quindi a saper controllare e indirizzare i propri comportamenti in modo da gestire adeguatamente la salute (intesa nel senso globale indicato), sia propria che della collettività.

Come la prevenzione si articola a tre livelli, così l'educazione alla salute si sviluppa attraverso tre obiettivi (Medicina preventiva e sociale, 1980):

- 1) influenzare il comportamento degli individui, fornendo loro le informazioni necessarie per intraprendere corrette decisioni nei confronti del proprio stato di salute;
- 2) incidere sui valori sociali affinché la salute venga identificata come bene prioritario per ogni individuo;
- 3) creare un'atmosfera favorevole per attuare interventi tendenti a modificare i comportamenti collettivi.

L'educazione alla salute viene da noi pertanto concepita nell'ottica di una psicologia della salute. La psicologia, sia come scienza che come professione ha fornito utili metodologie per un miglioramento della salute e delle assistenze sanitarie (Bertini, 1988). Gli operatori della salute sono sempre più consapevoli che molte di quelle che vengono etichettate come malattie hanno spesso origine dal comportamento degli individui, piuttosto che da una semplice causa biologica. Questi comportamenti che incidono sulla salute come il fumare, l'abuso di droga, alcool, il mancato ricorso a cure mediche o lo stile di vita sono alcuni dei comportamenti patogeni responsabili di malattie. In tempi passati tra il comportamento e la salute non c'era una chiara linea di demarcazione, perché se gli individui non agivano come dovevano, erano considerati "malati". La malattia poteva essere una risposta a qualsiasi evento comportamentale o ambientale, come la cattiva azione, la maledizione rituale o la possessione di spiriti (Bertini, 1989). In un certo senso, il trattamento fu originariamente comportamentale: il sacrificio, la preghiera e il potere della suggestione furono tutto parte integrante dell'assistenza sanitaria. La medicina era sostanzialmente un'iniziativa filosofica o religiosa. Successivamente con le tecnologie bio-mediche la malattia fu considerata causata dall'intervento di un singolo germe o a una mutata molecola. E' con il modello bio-psicosociale, il tentativo di integrare la malattia nell'ambito della teoria dei sistemi (Guse, 1953 in Bertini, 1988) che offre un modello centrato sia sulla salute che sulla malattia, e considera questi stati come gli estremi di un continuum. L'area della Health Psychology si è sviluppata con straordinaria diffusione: da un modello di psicologia medica si è passati, all'interno della cultura della salute a un modello di psicologia della salute e all'interno di questo modello si stanno ricercando metodologie sempre più idonee. Questa prospettiva può essere utile per evidenziare la differenza tra promozione e prevenzione: la pre-venzione è strutturata secondo un modello di tipo medico, pro-mozione invece esprime attraverso concetti di movimento da pro-muovere, una realizzazione di sé, una esplorazione del nuovo, che caratterizza gli orientamenti in senso evolutivo del modello psicologico (Bertini, 1988). Più che di pre-venzione sarebbe utile parlare di pro-mozione della salute. L'enfasi sulla salute implicita nella definizione di psicologia della salute significa allora "propensione strategica" verso la pro-mozione della salute, verso la prevenzione primaria rispetto alla prevenzione secondaria e alla riabilitazione" (ibidem).

2.13 Modello medico e modello psicosociale: alla ricerca di una integrazione

Nell'articolo 32, I comma della Costituzione si dice che la Repubblica tutela la salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". La norma costituzionale sottolinea con chiarezza l'interdipendenza fra il diritto del singolo e il bene della collettività, da cui scaturisce il fatto che la tutela della salute non è soltanto un diritto del cittadino, ma è anche un dovere da esercitare nei confronti di tutti, un problema che riguarda non soltanto il singolo, ma l'intera comunità in cui egli è inserito. Questo stretto legame tra "diritto" e "dovere" nei confronti della salute implica che la tutela o il ripristino di essa facciano parte di un processo polivalente per la "promozione, per la integrazione e la giusta estrinsecazione sociale di ogni persona che, attraverso appropriati ordinamenti e strutture, la comunità deve rendere raggiungibile da ogni cittadino e che ogni cittadino deve contribuire a realizzare" (Giobbi, 1975). Si tratta dunque anche di una "sociologia della salute" (Noventa, 1982).

La salute diventa un bene oltre che individuale, collettivo; il modo di con-vivere, vivere insieme ad altri, fornisce quindi contributi sostanziali per la conservazione o la compromissione di essa. Per la tutela della salute, intesa nel senso globale precedentemente indicato, se ci si propone di realizzare non solo una modifica momentanea dei comportamenti negativi, ma una lenta progressiva acquisizione cosciente e collettiva di comportamenti positivi, deriva la necessità di un'impostazione "educativa-pedagogica" generale e adeguata. L'"educazione" alla salute sembra poter inglobare l'informazione sulla salute e la modifica dei comportamenti relativi ad essa.

In questa prospettiva gli "operatori" sanitari vengono così chiamati ad assumere il ruolo di "educatori" sanitari e sociali. La tutela della salute, estesa non solo alla cura della malattia ma al mantenimento della salute e al conseguimento del benessere, comporta l'avvio di una nuova preparazione culturale degli operatori stessi, che oggi si trovano di fronte ad una grande quantità di "informazioni" scientifiche, tecniche, organizzative, politiche ed etiche che interessano non solo la vita pubblica ma entrano nella sfera del privato. Il ruolo di "educatore" è diverso da quello di semplice "informatore". Educo, educo, è conduco qualcosa dall'interno all'esterno, facendo maturare qualcosa dentro qualcuno e portandolo alla luce. In-formo è mettere qualcosa di esterno, dentro, "in", qualcuno: è in-durre con un movimento dall'esterno verso l'interno dell'individuo. Informare comporta processi esterni, di in-serimento. Modificare un comportamento è incidere invece a livelli interni, è ex-ducere, è educare.

Esiste una pluralità di variabili che influiscono sul comportamento sia individuale che di gruppo e il passaggio dall'informazione alla "educazione" di un comportamento non è tanto facile. La presa di coscienza del problema è solo il primo momento del processo attraverso il quale si può ipotizzare una educazione del comportamento individuale. Analogamente è quanto è accaduto anche per la Riforma. Basata su una presa di coscienza, istituzionalizzata dei problemi esistenti, è rimasta a tale livello di teorizzazione. La traduzione dei principi teorici, informativi, in comportamenti operativi, nei servizi, e di organizzazione delle istituzioni non è riuscita a decollare. Si è rimasti a livello di informazione, è mancato il passaggio ad una educazione.

Se il soggetto viene visto non come il destinatario passivo di un'informazione, quanto piuttosto come soggetto attivo e responsabile, quella che è la sensibilizzazione al pro-

blema e la consapevolezza della sua entità diventa, certamente, il punto di partenza imprescindibile per un suo coinvolgimento nel processo di "educazione alla salute", ma non è l'unico elemento che interagisce. In questo passaggio hanno un ruolo importante i fattori culturali, intendendo la "cultura" come l'insieme delle manifestazioni della vita individuale, sociale, di gruppo o di una collettività. E' sicuramente prioritario cercare di individuare i fattori culturali propri di un certo ambiente, che influiscono maggiormente in senso positivo o negativo su certe abitudini e possono quindi essere più o meno frenanti nell'acquisizione di comportamenti diversi. Ai fini di un'intervento preventivo si presenta pertanto necessario conoscere oltre i presupposti biologici e ambientali della malattia da prevenire, le abitudini, i valori, le idee, la cultura e i linguaggi della comunità o dei gruppi a rischio, cioè quella cultura "specificata" che può appunto influire sui comportamenti, nei confronti della salute, o predisporre all'insorgere di determinate malattie.

La prima informazione che si ricerca in uno studio su una malattia è la sua distribuzione spazio-temporale, da cui si può ricavare la stima del rischio individuale. Il concetto di "rischio" è fondamentale perché gli interventi di prevenzione, collettivi o individuali, sono legati proprio all'intensità del rischio. Le persone che posseggono tali caratteristiche sono identificate come "gruppo" che presenta maggiori probabilità di contrarre la malattia e verso il quale va più specificatamente diretta l'azione di prevenzione. La comunicazione con un "gruppo", nel nostro specifico caso il gruppo a rischio dei tossicodipendenti, implica prendere in considerazione il codice di vita che lo contraddistingue, i principi che esso trasmette, e come essi vengono vissuti a livello emotivo. Le motivazioni ad assumere, all'interno di alcuni gruppi, determinati comportamenti, che si dimostrano nocivi nei confronti di un'educazione alla salute, hanno rivelato avere un'origine molto più profonda e complessa di quanto possa sembrare ad un esame superficiale. Più che ad una azione diretta a carattere informativo l'operatore si trova pertanto coinvolto a svolgere una vera e propria azione "educativa" indiretta e di elaborazione e comprensione del vissuto dei singoli e delle loro motivazioni più generali ad aderire a quel particolare gruppo. L'idea che si ha di una "malattia" e del ruolo di "malato" influisce inoltre sul comportamento, e sulla predisposizione o meno ad accettarsi come tale, a farsi curare o a prevenire un certo disturbo ed è in correlazione con il livello socioculturale dell'individuo. La diversità culturale condiziona la ricezione di un messaggio, oltre che le aspettative nei suoi confronti e viceversa. Spesso la mancata comprensione del messaggio è anche un problema di linguaggio e di mancanza di schemi di riferimento comuni. Perché un messaggio possa giungere in modo efficace al gruppo cui è destinato occorre innanzitutto pensare come il gruppo pensa, identificarsi cioè con esso. Qui va inserita tutta la problematica relativa alla divulgazione dell'informazione sanitaria intesa in senso partecipativo e non tanto propagandistico. Questo processo per essere efficace deve confrontarsi con le caratteristiche culturali presenti in una determinata comunità.

Dallo svolgersi del discorso precedente è evidente come una educazione alla salute non possa essere solo conseguenza di azioni, o iniziative dirette specificatamente ad informare, a suggerire linee di condotta, ma che, in quanto "educazione", possa ex-ducere degli atteggiamenti e comportamenti positivi insiti nella persona stessa. Questo può essere possibile innanzitutto se le iniziative non restano isolate e a sé stanti, come calate dall'alto o in-dotte da sollecitazioni casuali esterne (campagne sanitarie, pubblicità e

mass-media), ma se si inseriscono all'interno del vissuto quotidiano dell'operatore socio-sanitario, attraverso una personale rielaborazione delle proposte da parte dell'utente. L'informazione è necessaria e va fornita: la obiettività del dato scientifico deve essere il punto di partenza di un progetto preventivo, che però di per sé, non è sufficiente a modificare un comportamento.

Il convincimento su cui è fondato il modello preventivo di tipo "medico", è che la prescrizione di un comportamento sanitario corretto dia la possibilità all'utente di modificare le abitudini che inducono alla malattia e cioè che ognuno può essere artefice della prevenzione delle malattie, nel momento in cui viene adeguatamente informato. Tale modello preventivo ha dimostrato nel tempo i suoi limiti. E' un retaggio che deriva dal pensiero illuminista dell'Ottocento. Il paradigma teorico consolidato nella scienza medica a partire dall'800 è articolato sulle seguenti proposizioni:

- 1) l'oggetto di studio e l'intervento del medico sono sui sintomi e la relazione causale è vista tra sintomo e agente patogeno;
- 2) il ruolo medico si incentra e si delimita sull'aspetto organico del malato, condizione necessaria per costruire una medicina sul modello delle scienze della natura;
- 3) la prescrizione medica diviene l'unica variabile, gestita dall'intervento sanitario, in grado di regolare l'andamento della variabile sintomo;
- 4) la strutturazione del servizio sanitario si delinea quindi in perfetto accordo con tali premesse, essa è finalisticamente orientata verso una tecnologia di tipo diagnostico-strumentale, è codificata su una centralità e supremazia della figura del medico, all'interno di uno spazio istituzionalmente riconosciuto come luogo di patologia e di processo terapeutico (Farnè, Sebellico, 1990).

Nel tempo però si è potuto constatare che non è sufficiente che gli individui conoscano l'effetto dannoso di un fattore sulla salute, per esempio del fumo della sigaretta, perché possano cambiare. La totalità dei fumatori ad esempio conosce il rischio per la salute rappresentato dal fumo della sigaretta, eppure pochissimi sospendono tale abitudine. Non tutti i comportamenti nocivi per la salute derivano dunque da ignoranza informativa. Nel fumatore gli effetti dannosi del fumo, vengono posticipati a lungo termine e perciò hanno scarsa incidenza nel modificare l'abitudine immediata a fumare, rispetto al danno portato dalle conseguenze. Analogamente questo può accadere per la tossicodipendenza. Una delle ragioni per cui è difficile impedire il formarsi di abitudini nocive alla salute è lo scarso incentivo immediato. Un comportamento nocivo per la salute come l'alimentazione errata, fumo, alcool, droga non provocano subito un effetto evidente; il danno cumulativo che determinano anzi può non farsi notare se non a lungo termine: il presupposto che sta alla base è che i rischi a lungo termine appaiono lontani ed improbabili. Tale errore di valutazione può favorire scelte che alla fine si dimostreranno autolesionistiche (Baumeister e Scher, 1988 in Farnè, 1990). Ciò è anche favorito dal fatto che, in genere, si è troppo inclini a sperare per il futuro (Weinstein, 1982, 1983 in Farnè, 1990). La convinzione che "tanto a me non capita" è implicita nell'idea circa il proprio stato, e contiene vissuti inconsapevoli di onnipotenza e di negazione della realtà (Farnè 1988; Golemann, 1988). La prevenzione di comportamenti che possono arrecare danno alla salute è complessa, perché coinvolge aspetti non consapevoli del Sé. Prevenire implica poter intervenire prima che un comportamento dannoso sia intrapreso. Intervenire prima implica anche,

ma non soltanto, riuscire ad adottare una metodologia che veicoli informazioni corrette circa il trattamento più proficuo da adottare. Occorre indagare sui fattori che possono intervenire a facilitare questo processo.

La messa in atto di modalità comportamentali utili alla salute comporta poi anche quella che è la presa di decisione dell'utente di adottare o meno i consigli, ricevuti dall'esperto. Questo aspetto è l'altro livello che determina la riuscita o il fallimento del processo preventivo. La persona sarà motivata a cambiare i suoi atteggiamenti una volta ricevuta "l'informazione" che questi sono nocivi per la sua salute?

Negli anni 50 e 60 è stata prodotta una massa di ricerche sulle "paure" utilizzate come spinta per cambiare le abitudini sulla salute; l'informazione era focalizzata al "questo è pericoloso" quest'altro conduce a una "malattia mortale". L'idea era che se la persona "teme" la pericolosità di un comportamento (o la pericolosità dell'assenza di un altro comportamento) finisce col cambiare abitudini, al fine di ridurre il suo "timore". Questa idea però col tempo non si è dimostrata valida: le conseguenze dei messaggi che risvegliano paure era, più che altro, far cambiare i "propositi" della persona, ma non la sua condotta (Higbee 1963, Evans, 1970 in Farnè, 1980).

E' così via via maturato un orientamento diverso, quello di informare in modo dettagliato sul "come", "quando" e "dove" fare la prevenzione e sulla sua validità, mettendo quindi l'accento sugli effetti positivi di certi comportamenti. "All'impaurire attraverso l'informazione" è subentrato un "informare bene per non impaurire". Una corretta, chiara, precisa, tecnica informazione fornendo alla persona un senso di competenza renderebbe più probabile l'apprendimento di una nuova abitudine. Numerose ricerche nel campo della psicologia sociale e applicata hanno individuato alcuni mezzi con cui è più facilmente possibile convincere le persone a cambiare i propri comportamenti. Per ottenere un tale fine sono state individuate diverse modalità che facilitassero la "trasmissione del messaggio" (Zimbardo, Ebbesen e Mosbach, 1977; Petty e Ciarrobbi, 1981; Winnett e alt. 1989 in Farnè, 1990). Ma la "modificazione" di un comportamento coinvolge anche altri livelli.

Un comportamento è il risultato di scelte condizionate dalle conoscenze, dai gusti, dalle inclinazioni naturali, dal patrimonio culturale, dalla scala di valori alla quale si rifà il gruppo cui si appartiene e del cui consenso non si può fare a meno, ma anche da motivazioni inconsapevoli interne che fanno parte della storia individuale e unica del soggetto. Un messaggio che trasmette informazioni sulla salute, per quanto ben formulato, non basta per cambiare il "comportamento", per giungere all'azione è necessario focalizzare i "motivi" che stanno alla base di tale comportamento. Per educare allora è necessario anche "motivare" (Berthet E., 1983). La causa —una delle cause dicamo noi— per cui l'informazione non è sufficiente è che esiste una lunga catena di fattori che intervengono tra l'acquisizione delle conoscenze, la motivazione e l'azione. A tal proposito è stato anche messo a punto un "modello di idee sulla salute" (Farnè, 1990) in cui si sono ipotizzate previsioni di comportamento in relazione ad attività preventive che una persona sana è in grado di attuare. L'osservanza delle prescrizioni mediche da parte di una persona ammalata è invece meno facilmente prevedibile a causa del maggior numero di fattori che entrano in gioco (Kirscht e Rosenstock, 1979; Fenerstein, Labbè, Kezmierczyk, 1986 in Farnè, 1990).

Altre ricerche tuttavia evidenziano come le idee sulla salute sono molto resistenti alle modificazioni e che la modificazione delle idee non opera necessariamente ad una modificazione del comportamento (Weisenberg, Kegeles, Lund, 1980 in Farnè, 1990). I risultati dei vari programmi per sospendere il fumo sono risultati infatti alquanto negativi: la probabilità che un fumatore smetta è del 20-30% (Leventhal e Cleary 1980 in Farnè, 1990). Si può calcolare che il 90% dei fumatori "desidera" smettere perché ha "compreso" la nocività del fumo, ma non ci riesce. Le persone iniziano a fumare per una combinazione di fattori più o meno inconsapevoli e continuano in questa abitudine per altrettanti motivi: le campagne antifumo non possono colpire tutte le motivazioni individuali, anche se risultano efficaci soprattutto nel fornire quelle notizie che riguardano il mantenimento della salute ed il comportamento più esatto per salvaguardarla. La maggior parte delle conclusioni confermano come tutti i metodi siano buoni per aiutare a smettere di fumare, ma come abbiano pochi effetti a lungo termine. Il motivo del fallimento è forse da ricercare nell'aver indirizzato gli studi sulle "strategie" per smettere di fumare, piuttosto che sul "perché" le persone fumino. Si ritorna alle motivazioni profonde ed ai fattori fisiologici, psicosociali e psicologici che devono essere identificati per riuscire a modificare un comportamento nocivo alla salute. Certe abitudini sono radicate e sostenute da motivazioni non consapevoli, differenti da persona a persona e non sono quindi sensibili agli appelli, necessariamente generici dei mass-media. Nell'acquisizione e nel proseguimento di condotte nocive è pure forte l'influenza di spinte autolesionistiche, ad esempio l'abuso di sostanze pericolose per la salute, o il rifiuto di adottare delle misure che consentirebbero di astenersi da quelle sostanze, sembra un comportamento irrazionale, volto a provocare uno stato di malessere: vi è un coinvolgimento di resistenze emotive che non permettono di cambiare tali comportamenti (Henderson, Hall e Lipton, 1979 in Farnè, 1990). Da queste considerazioni è possibile comprendere come sia difficile istituire un programma valido per modificare le abitudini nocive alla salute e che i brillanti successi propagandati debbono essere accolti con circospezione.

Secondo recenti ricerche di Psicologia Sociale (Scabini, 1982) la modificazione di un atteggiamento dipende da tre livelli interagenti:

- a) livello cognitivo-razionale, da quanto si sa, cioè dal peso delle informazioni;
- b) un secondo livello è dato dal rapporto relazionale che intercorre tra l'emittente e il ricevente del messaggio: ha influenza il valore della relazione tra le persone. Si ritiene cioè che non esista un'informazione asettica, ma che ogni persona porti insieme al messaggio informativo altri messaggi, verbali e non verbali, a contenuto emozionale, positivo o negativo, con un più o meno inconsapevole riferimento a modelli, problematiche, valori personali espliciti o impliciti;
- c) e un terzo livello dato dalla dimensione emotiva che accompagna tutto il processo comunicativo.

In un modello di prevenzione psico-sociale, accanto a una forma preventiva di tipo informativo viene considerato un livello formativo che implica un lavoro di tipo emotivo, all'interno di un contesto relazionale. La partecipazione si esplica attraverso un coinvolgimento ed una pluralità di interventi che toccano il piano psicologico culturale e sociale, così come quello sanitario. Il modello psicosociale fa inoltre riferimento ai processi interpersonali e sociali e agli effetti di questi processi sulle persone che li vivono, ivi

compresi gli operatori (Kaneclin, 1980). La nostra proposta è guidare alla realizzazione di un progetto di prevenzione che elabori "una educazione alla salute", attraverso un percorso di formazione condotto secondo una prospettiva che ricerca una integrazione tra i principi su cui si fonda quello che viene definito il modello medico e le indicazioni che provengono dal modello definito psicosociale. Come abbiamo già delineato nel precedente paragrafo, il nuovo modello che si pone ad livello integrativo-sistemico è il modello bio-psico-sociale che si occupa delle relazioni biologiche, psicologiche e sociali del corpo e della mente nell'ambiente socio-culturale (Bertini, 1980). Il modello medico oggi è in crisi ed il modello psico-sociale con una diversa cornice teorica sembra meglio corrispondere alle nuove modalità, con una sottolineatura del concetto di salute anziché di malattia si pone in un'ottica diversa rispetto a quella esclusivamente terapeutica "riaggiustativa" dei disagi, tipica del modello medico. Dal modello medico però molti aspetti possono essere ripresi e riconsiderati. E' quanto è avvenuto nell'ambito integrativo del nuovo modello bio-psico-sociale in cui cioè si è cercato di "tenere insieme" i tre aspetti biologico, psicologico, sociale come sistemi interattivi, complessi e complementari. Questo si è potuto attuare validamente in ambito teorico e di ricerca epistemologica. A livello operativo si stanno collaudando metodologie idonee ad una sua realizzazione. Il nostro lavoro è un contributo a questa ricerca.

2.14 Nel nostro modulo formativo: "fare di sé" uno "strumento di"

Gli itinerari formativi previsti per diverse figure professionali devono poter diventare un sistema finalizzato ai medesimi obiettivi generali. La convergenza tra professionalità diverse non può avvenire su aspetti contenutistici tecnici, ma tra una univoca modalità d'approccio al problema della salute e ai bisogni dell'utenza. La specializzazione non può passare per una divisione degli oggetti di studio, ma per una diversificazione degli approcci metodologici all'organismo, in cui ogni approccio sarebbe il derivato di un proprio "corpus teoriiens" (Bertini, 1988).

Affrontare i problemi della salute all'interno di un'ottica che diventa "cura" della salute, non significa riaggiustare pezzi di un organismo malato, attuate da professioni specifiche, ma "prendersi cura" dell'intera persona come un'unità complessa, nella differenziazione delle specificità professionali, in relazione alla diagnostica e all'intervento utilizzati. Per lo psicologo occuparsi di salute non significa solo occuparsi della salute della psiche, lasciando agli altri professionisti le loro aree specifiche d'intervento, ma nell'ambito di un orientamento globale alla salute della persona, avvicinarla con metodologie di natura più specificatamente psicologica. La specificità va individuata nel "mezzo" e non "nell'oggetto" (Bertini, 1988). Rivolgersi all'individuo come un intero piuttosto che alle sue parti non implica dunque una modalità di studio generica e poco scientifica. Una condizione indispensabile perché ciò sia attuabile, è che vi sia consapevolezza, che si traduce in disponibilità all'apertura e comunicazione tra i vari livelli.

Si sta attuando un importante processo di cambiamento epistemologico e professionale, che per linee diverse coinvolge tutti gli operatori della salute: la scelta di un approc-

cio specialistico è solo una necessità metodologica dovuta all'impotenza della nostra mente di fronte al compito di abbracciare scientificamente "l'intero". E' inerente al modello bio-psico-sociale la possibilità di integrazione o interazione fra ruoli professionali, così come anche la interdisciplinarietà fra operatori del settore operativo va intesa come una conseguenza tecnica del modello stesso. La responsabilità di un "riassembaggio" della unità non può essere affidato ad un singolo ruolo professionale, ma attribuita dopo una integrativa comunicazione tra ruoli. La difficoltà sta nel far maturare nella prassi questa conseguenza del modello e questo può essere individuato mediante il "mezzo formativo" strutturato con certe modalità.

La ricerca di metodologie idonee alla traduzione operativa del modello bio-psico-sociale comporta il dover tener insieme differenti variabili complesse. La difficoltà maggiore è questo "tenere insieme", integrandoli con un peso equipollente, quegli aspetti di cui il modello si compone. Uno degli elementi ritenuti tra i più pregnanti nell'ambito del modello medico, come abbiamo visto, è quello relativo alla "strumentazione professionale codificata", cardine dell'azione operativa sanitaria. La strumentazione di cui la scienza medica si avvale costituisce una struttura istituzionalizzata per poter affrontare le situazioni problematiche dell'utenza. La professione medica rispetto a quella di tipo sociale può farsi carico della relazione terapeutica col paziente, in quanto sostenuta dalla possibilità di utilizzare questa "strumentazione". L'istituzionalizzazione di tale strumentazione consente di affrontare le problematiche dell'utente prodotte dalle ansie generate dalla relazione. L'operatore sociale si trova invece privo di tale strumentazione istituzionalizzata e pertanto esposto in prima persona alla situazione angosciante, che deve affrontare senza il supporto di un equipaggiamento strumentale e soprattutto senza la relativa istituzionalizzazione.

Assume dunque molta importanza il discorso della formazione del singolo operatore che, secondo il modello psico-sociale, è intesa come una conoscenza e una analisi del proprio personale modo di intervenire, utile per capire cosa accada nel proprio lavoro e a contatto con l'utente. Nel nostro progetto, viene pertanto proposto agli operatori un lavoro su di sé: lavoro su di sé nell'ambito di interventi gruppalì. Questo "lavoro su di sé" non è inteso come psicoterapia, ma come un processo di apprendimento volto a comprendere quanto avviene nel proprio percorso lavorativo. Comprendere, dal latino cum-prendere, prendere insieme, significa prendere parte insieme col proprio utente al processo che sta avvenendo lì ed ora, nell'hic et nunc, per intervenire in modo adeguato.

In campo preventivo non può esistere una ricetta, ma solo dei modelli, collaudati, da accettare, oppure da costruire, personalizzandoli alle esigenze dei destinatari in base alla situazione ambientale in cui sono immersi e alle forze che in quel momento li sollecitano. Non esiste un modello preventivo psicosociale standard di formazione, né tecniche che possano essere utilizzate e riutilizzate, anche se l'aspettativa di un operatore che partecipa ad un corso di formazione è poter avere una "ricetta", delle tecniche, degli "strumenti", del materiale, da poter portarsi a casa e da riutilizzare per far fronte ai problemi con l'utenza. Questo avrebbe sicuramente un valore emotivo più rassicurante, sia per l'operatore, che con questa modalità avrebbe un riferimento concreto con cui intervenire, sia per il formatore che vedrebbe concretarsi i risultati del suo lavoro. Ma non è possibile: nell'ottica psicosociale un modello preventivo va costruito di volta in volta, lì ed ora,

nell'hic et nunc della situazione, a seconda dei tempi e dei luoghi.

La possibilità di integrare i due importanti aspetti segnalati dal modello medico e psicosociale è stata da noi pensata e attualizzata con la scelta di una metodologia che potesse tradurre operativamente i presupposti del modello bio-psico-sociale. Il metodo adottato è quello clinico, riferito alla ricerca applicata. Non vengono utilizzate modalità predisposte e collaudate di risoluzione di problemi, quanto piuttosto la capacità interiore acquisita da ogni operatore sanitario di "usare sé stesso" quale "strumento di" prevenzione.

Parafrasando Balint (1962), si potrebbe dire che una risposta preventiva, analoga a quanto avviene per una risposta medica, in quanto data all'interno di una interazione, non può mai essere una risposta asettica, che non incida emotivamente nel rapporto col paziente nel senso di "orientare questo rapporto stesso". E' questa incidenza che Balint definisce come "indesiderati effetti secondari del farmaco medico", dove per farmaco medico l'autore intende appunto il modo di porsi dell'operatore medico col paziente. Tale effetto è indesiderabile nella misura in cui l'operatore lo ignora. Noi sottolineiamo la necessità, che secondo Balint è quella di approfondire la conoscenza di quest'uso che il medico "fa di sé come farmaco", parafrasando il detto dell'autore e diciamo che ogni operatore socio-sanitario dovrebbe approfondire l'uso che fa di sé come "strumento di" prevenzione. Balint continua dicendo che non esiste ancora una farmacologia di questa importante medicina "in nessun testo si trova una qualunque indicazione sulla dose in cui il medico deve prescrivere sé stesso" e noi riprendiamo e trasliamo questo aspetto. L'operatore socio-sanitario operando nel qui ed ora, nell'hic et nunc, della sua realtà lavorativa agirebbe un illic et tunc, un là e allora, appreso ed interiorizzato in un contesto formativo che gli ha insegnato a fare di sé uno "strumento di" prevenzione. "La strumentazione tecnica codificata" che caratterizza il modello medico può venir tradotta in una "strumentazione mentale acquisita" che fa di ogni operatore sanitario-sociale il "mezzo", lo "strumento" nella "relazione", che può essere diagnostica, terapeutica, preventiva.

Da quanto detto appare pertanto centrale in questo tipo di modello preventivo porre l'attenzione sulla formazione personale dell'operatore, attenzione alla sua professionalità, quale garanzia non solo di quello che egli "sà" e di "come" lo sà, ma del suo metodo, della sua capacità di comprensione e di ascolto, del suo rispetto per l'altro e del suo diritto di scelta critica e di personale elaborazione dei contenuti e delle proposte: è coinvolgere livelli affettivi ed emotivi oltre che culturali. Fare della mente dell'osservatore uno "strumento di" conoscenza (Imbasciati Capello, 1989) è educare l'operatore a elaborare cognitivamente, in modo creativo le informazioni che provengono dall'interno e dall'esterno, utilizzando quanto va esperendo nella relazione con l'utente. Significa porsi in relazione con la problematica che l'utente porta e mediante la "propria mente" porre l'accento sulla risonanza interiore, sull'intuizione profonda, di tipo identificatorio, che questa suscita. Porre sé stessi come "strumento di" significa esaminare che quanto passa all'interno della relazione con l'utente è mediato dallo strumento "operatore", che diventa lo schermo per l'elaborazione delle ansie e delle angosce, che le varie problematiche suscitano; problematiche sia dell'utenza, sia dell'organizzazione dei servizi, sia della gestione collegiale di un "caso". All'interno di questa relazione assumerà dunque valore non "quanta" informazione si potrà dare ma "come" la si darà, come la si "medierà" attraverso questo prezioso ed insostituibile "strumento" che è l'operatore socio-sanitario.

Egli, e non altri, dovrà farsi carico di questo "come": In questo egli andrà aiutato e sostenuto, non da altri tecnici "strumenti" esterni, ma da moduli formativi che lo possano aiutare ad affinare sé stesso in qualità di "strumento psichico". E' un continuo "specializzare" sé stessi in qualità di "strumenti" che all'interno della relazione con l'utente, così come in équipe, o all'interno dell'organizzazione, veicolano, mediano, facilitano i processi comunicativi.

In questo senso "promuovere" formazione significa "intervenire" a livello profondo e globale e "attivare" un processo finalizzato a rendere individui e gruppi, soggetti attivi di cambiamento, sia a livello individuale che organizzativo, non attraverso l'adesione a un modello precostituito ed esterno a sé, ma mediante l'elaborazione autonoma e nel confronto con altri di una propria strategia di intervento, alimentata da un costante arricchimento del patrimonio cognitivo, dell'analisi della dinamica emotiva e motivazionale, della consapevolezza del proprio ruolo professionale ed organizzativo" (Avallone, 1983).

Bibliografia

- Allport G.W., *Perception and public health Personality and social Encounter*, Beacon Press, Boston, 1970.
- Avallone F., La formazione dei magistrati dirigenti in "Quaderni della Giustizia", 1983.
- Avallone F., *La formazione psicosociale*, Edizioni NIS, 1989.
- Balint M., *Medico, Paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano, 1962.
- Bassanini M.C., *Formazione e aggiornamento del personale socio-sanitario*, Nuova Italia Scientifica, Firenze, 1981.
- Baumeister e Scher, 1988 in Farnè, 1990.
- Berhet E. (1983) in Farnè, 1990.
- Bernabei P., Cirenei G., Zolo P., *L'Unità Sanitaria Locale*, NIS, La Nuova Italia Scientifica, 1981.
- Bertini M., *Psicologia e salute*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988.
- Bion W., *Apprendere dall'esperienza*, Armando, 1961.
- Brignone R., Il nursing e la professione infermieristica, *Atti VIII convegno nazionale Con-sociazione, I.F.*, Firenze, 1972.
- Cancrini L., *Droga; Chi, come, perchè, ma soprattutto che fare*, Sansoni, Firenze, 1973.
- Carli, Paniccia, Lancia, *Il gruppo in psicologia chimica*, N.I.S., 1988.
- Cazzullo C.L. e al, AIDS aspetti psicosociali in: *AIDS una prossimità possibile*, Editrice Class, Brescia, 1987.
- Ceri, Oxe, *L'educazione sanitaria*, Ed. Ariani, 1975.
- Coate T.S., Temoshok L., Mandel J. "Psychosocial research is essential to understanding and treating AIDS, in *American Psychologist*", 39,11, pp.1309-14, 1984.
- Comitato Servizi Infermieristici (a cura di) *Principi fondamentali della Assistenza Infermieristica*, N.E.M.I., Roma, 1975.

- Corrarello G., *La formazione e l'aggiornamento del personale delle U.S.S.L.*, Edizioni delle Autonomie, 1982.
- Derogatis L.R., Abelloff M.D., Melisaratos N., Psychological coping mechanisms and survival times in metastatic breast cancer in *Journal of the American Medical Association*, 242, pp. 1504-18, 1979.
- Deucher N., AIDS in New York City with Particular Reference to the Psycho-Social Aspects in *British Journal of Psychiatry*, 145, pp. 612-9, 1984.
- Engell, 1977 in Bertini, 1988.
- Eysenk H.J. Personality, cancer, and cardiovascular disease: a casual analysis in *Personality and individual differences*, 6,5, pp.535-56, 1985.
- Farnè M., Sebellico A., *Psicologia Salute e Malattia*, Zanichelli, Bologna, 1990.
- Fornari F., *Simbolo e codice*, Feltrinelli, Milano, 1976.
- Giobbi A., *L'educazione sanitaria*, Ed. Ariani, 1975.
- Gius E., *AIDS Una realtà inquietante nelle sue rappresentazioni sociali*, Franco Angeli, Milano, 1990.
- Golemann, 1988 in Farnè, 1990.
- Gottlieb M.S. e al The acquired immunodeficiency syndrome in *Annals of Internal Medicine*, 99, 1983.
- Goulden T., et al, AIDS and community supportive services: understanding and management of psychological needs in *The medical Journal of Australia*, 141,9, pp. 582-6, 1984.
- Grmek M.D. AIDS, *Storia di un'epidemia attuale*, Laterza, Bari, 1989.
- Guze, 1953 in Bertini, 1988.
- Heidegger H., Holwege, Klosterman, Frankfurt am Main, 1950, Trad. it., *Sentieri interrotti*, la Nuova Italia, Firenze, 1968.
- Henderson V., Harman B., *Text book of the principles and practice of Nursing*, 5th Ed. The Macmillan Company, New York, 1960.
- Higbee 1963, Evans, 1970, in Farnè, 1990.
- Imbasciati A., Capello C., Osservazione, Valutazione, Sperimentazione in *Istituzioni di Psicologia*, UTET, Torino, 1986.
- Jemmot J.B., Locke S.E. Psychosocial factors, immunological mediation, and human susceptibility to infectious diseases, in *Psychological Bulletin*, 95, pp. 78-108, 1984.
- Kanazis D., Djordjevic-Markovic R., Grossarth Maticek R., Psychosocial (emotional) stress, steroid hormones and carcinogenesis in Y.A. On Chinnikov (ed.) *Progress in Biorganic Chemistry and Molecular Biology*, in Elsevier, Amsterdam, 1984.
- Kaneklin C., Formazione e Intervento Psicologico, in Scabini, *Psicologia Sociale*, Borin-gieri, 1980.
- Kubler-Ross E., (1987) *AIDS L'ultima sfida*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989.
- Lewin K., Action-research and minority problems, *Journal of Social Issues*, 2, 1946 in I Conflitti Sociali, F., Angeli, Milano 1980.
- Manoukian Olivetti F., Attivismo e attività nella pratica sociale in Speciale Bagliacca (a cura di), *Formazione e percezione psicoanalitica*, F. Angeli, Milano, 1980.
- Martin J.L., Vance C.S., Behavioral and Psychosocial Factors in AIDS, in *American Psychologist*, 39,11, 1984.

- Masur H. e al. Opportunistic infections in previously healthy women, in *Annals of Internal Medicine*, 97, 1982.
- Minardi E., Servizi socio-sanitari e formazione degli operatori, in A.A.V.V. *Partecipazione ed efficienza nell'organizzazione e gestione dei servizi sociali*, F. Angeli, Milano, 1980.
- Moscovici S., *La psychanalyse: son image, son public* PUF, Paris, 1961.
- Mozzanica M., in Largnel A. e Zanetti A. (a cura di) *AIDS Una prossimità possibile*, Editrice Class, Brescia, 1987.
- Muzzi A., Serio A., *Medicina preventiva e sociale*, USES, Firenze, 1982.
- Noventa A., *Per la ricerca sociale*, Unicopli, Milano, 1982.
- Pagliarini L. Il malinteso. Dalla peste di Manzoni, alla peste di oggi, in *"Federacion medica"*, 39,5, pp.741-6, 1986.
- Pancheri P., *Stress, emozioni, malattie*, Mondadori, Milano, 1983.
- Quaglino G., Carrozzi G.P., *Il processo di formazione*, F. Angeli, Milano, 1981.
- Ruvolo G., La ricerca come strumento di intervento psicosociale *Atti XXI Congresso Psicologi*, 1988.
- Scabini E., *Psicologia Sociale*, Franco Angeli, Milano, 1982.
- Segre A., Gli aspetti psicologici in *AIDS Una prossimità possibile*, Ed. Class, Brescia, 1987.
- Seppilli A., L'educazione Sanitaria nella difesa della salute, *Educazione Sanitaria*, 3, 1966.
- Shelley E. Taylor 1986 in Farnè, 1990.
- Simonelli C., Solano L., (1988) *Psicologia e AIDS*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Solano L., (1988) L'intervento psicologico nell'AIDS e sindromi correlate, in Bertini M., *Psicologia e Salute*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988.
- Sontag S., (1988) *L'AIDS e le sue metafore*, Giulio Einaudi, Torino, 1989.
- Spaltro E., *Il Check-up organizzativo*, ISEDI Milano, 1977.
- Stella S., Quaglino G., P., *Prospettive di psicosociologia* Angeli, Milano, 1977.
- Weinstein, 1982; 1983, in Farnè, 1990.

Capitolo 3

L'istituzione del setting formativo

Alberto Ghilardi *

3.1 Aspetti di impostazione metodologica: la supervisione ¹

Gli studi sulle organizzazioni hanno da tempo evidenziato come esse siano in realtà rette da processi inconsapevoli sottostanti alle decisioni manifeste di chi vi opera (Jaques, 1951, 1955, 1970). Questo si traduce nella difficoltà per chi appartiene ad una certa micro o macro struttura organizzativa (équipe, servizio, azienda) di poter cogliere dall'interno i processi inconsapevoli che ne condizionano la vita e l'andamento (Kane-klin, Olivetti Manoukian, 1990). Per permettere il riconoscimento, l'analisi e fornire agli operatori strumenti di gestione di tali processi è stato pensato e approntato, quale modalità scientificamente valida, un setting (chiamato appunto Formazione), che permettesse un apprendimento ed un cambiamento su tali processi. La caratterizzazione assunta da tale setting di apprendimento, e che permette di introdurre l'aspetto dell'impostazione metodologica nell'istituzione del setting formativo, riguarda il fatto che esso è venuto a configurarsi come staccato dalla contemporaneità di situazione lavorativa dei partecipanti, spesso condotto da professionalità esterne all'organizzazione di appartenenza dei partecipanti e di solito professionalmente eterogenee rispetto ad essi.

E' emersa come caratteristica la necessità che un lavoro formativo possa permettere di osservare e riflettere sui propri processi operativi, riuscendo quasi ad oggettivizzarli nel senso di trovare la giusta distanza per rapportarsi ad essi, quasi come un riuscire a vederli "dall'esterno". Tale caratterizzazione può essere ripresa ed evidenziarsi nel momento in cui si assiste all'esplicitazione, da parte degli operatori, di una richiesta, che spesso si configura come bisogno (Olivetti Manoukian, 1986, 1991), di supervisione e rimanda, a sua volta, alla necessità di considerare all'interno dei percorsi istitutivi del setting formativo la presenza di una funzione di supervisione o, quanto meno, di un controllo "esterno" al corretto approntamento del setting stesso. In tal caso il bisogno di supervisione è una richiesta e va a riferirsi allo staff organizzativo.

La necessità di un occhio, per così dire, "esterno" al contesto da supervisionare va intesa nel senso psicologico e non formale del termine. Il supervisore deve assumere, essere percepito e accettato come colui che si posiziona sopra e al di fuori delle parti in causa, recependo e restituendo le dinamiche inconsapevoli che presidono al funzionamento dello staff. Per ottemperare a questo non è necessario che il supervisore sia a sua volta anche formalmente "esterno" all'organizzazione di lavoro, purché esistano o si possano istituire le condizioni per cui esso possa assumere tale funzione. E' quindi una

* Collaboratore Cattedra di Psicologia, Università degli Studi di Brescia, Facoltà di Medicina e Chirurgia.

¹ Ringrazio la dott.ssa Cleopatra D'Ambrosio per la revisione e i suggerimenti forniti per questo paragrafo.