

**Intervento per il seminario del 15/10/2011 su "La saggezza clinica" Ricordando  
Giovanni Carlo Zapparoli  
Casa della cultura-Via Borgogna 3, Milano**

**Il Centro di Psicologia Clinica:  
ruolo e funzioni nello sviluppo dei servizi psichiatrici e psicologici**  
*Giuseppe De Luca*

### **Abstract**

L'autore ripercorre le fasi storiche del Centro di Psicologia Clinica della Provincia di Milano sotto la guida del Prof. G.C. Zapparoli. Focalizza l'attenzione sul ruolo strategico che esso ha avuto all'interno dell'organizzazione dei servizi di salute mentale a Milano e in Lombardia e il suo impatto positivo sulla formazione degli operatori. Vengono evidenziati anche gli aspetti innovativi delle tecniche psicodiagnostiche e psicoterapiche e la loro influenza sulla mappa dei poteri nel campo della psicologia clinica e della psichiatria. Enfasi viene data all'influsso che l'opera di G.C.Zapparoli ha avuto sulla formazione degli operatori e sulla rete dei servizi di tutela della salute mentale.

### **Premessa**

In apertura voglio ringraziare l'Iserdip ed il Centro Milanese di Psicoanalisi "Cesare Musatti" per l'opportunità che mi danno di riflettere sul Centro di Psicologia Clinica dell'Amministrazione Provinciale di Milano (1967-1997), di cui io ero uno dei coordinatori, sul suo ruolo ed il suo contributo allo sviluppo della psicologia clinica e dei servizi di salute mentale in Lombardia ed in Italia.

### **Introduzione**

Tra il 1951 ed il 1997 un gruppo di psicologi, agli albori della psicologia come professione, guidati dal Prof. G.C. Zapparoli, è stato protagonista di una esperienza professionale ed umana affascinante, racchiusa nel CPC, uno dei centri scientifici e clinici che ha dato un contributo decisivo all'affermarsi della psicologia clinica in Italia.

Il Centro di Psicologia dell'Amministrazione Provinciale di Milano per decenni è stato il loro luogo di incontro culturale e di produzione scientifica, la base di un fitto scambio di esperienze e di metodi ed il contesto dove è stato messo a punto il modello dell'integrazione funzionale in psicologia clinica e psichiatria che G.C. Zapparoli ha saputo trasmettere con l'insegnamento e con la clinica ad un considerevole numero di psichiatri e psicologi.

### **Anzitutto perchè nasce il Centro di Psicologia Clinica?**

Esso nasce per andare incontro all'aumentata domanda di aiuto e sostegno psicologico proveniente dalle classi sociali più svantaggiate in un'epoca storica (quella degli anni '70) in cui i mutamenti nel tessuto sociale e nell'organizzazione del lavoro da una parte producevano nuove forme di disagio psicosociale e diseguaglianze, ma dall'altra generavano una diffusa richiesta di accesso ai vantaggi delle scoperte scientifiche verificatesi nelle scienze medico-psicologiche e sociali da parte della popolazione.

(Basta ricordare le lotte per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, quelle sulla maternità consapevole e sul diritto di famiglia, e poi la riforma sanitaria e quella degli enti locali che hanno fatto del decentramento territoriale dei servizi uno dei loro punti di forza).

È stato merito di G.C. Zapparoli avere utilizzato la portata storica di questi cambiamenti per rafforzare lo spostamento dell'asse culturale della psicologia clinica e della psichiatria, da lui iniziato già negli anni '60, mettendo al primo posto, nella predisposizione di un piano di trattamento integrato, la soggettività della persona che soffre di disturbi psichici e mentali, i suoi diritti umani inviolabili, la sua dignità come persona anche se malata, i suoi bisogni di cura.

Storicamente in Italia abbiamo negli anni '60 una psicologia accademica (poche cattedre universitarie) ed una psicologia del lavoro aziendale (es. Olivetti di Ivrea e Montecatini a Milano). Il Centro di Psicologia Clinica si inserisce dentro questi due filoni proponendo un uso della psicologia al servizio dei bisogni delle persone più svantaggiate e costruisce una sua piattaforma scientifica che fa dell'osservazione sul campo e dell'evidenza clinica la base empirica per rivedere strutture, concetti e teorie, interpretando i

continui mutamenti sia nello stile di vita delle persone che nell'organizzazione dei servizi psichiatrici.

Quando negli anni '80 nascono i primi corsi di laurea in psicologia e gli psicologi fanno i primi passi per organizzarsi come categoria professionale il Centro di Psicologia Clinica intercetta una estesa domanda di formazione e propone forme innovative di specializzazione per il trattamento dei pazienti psichiatrici in un ambito pubblico.

Così come è stato merito di G.C. Zapparoli aver fatto del Centro di Psicologia Clinica un luogo aperto al confronto delle idee e delle teorie psicologiche, alla sperimentazione di nuove forme di intervento psicoterapico ed un volano per il decollo della psicoterapia individuale e di gruppo nei servizi pubblici, (contravvenendo il principio che essa potesse essere applicata solo in un ambito privato) e documentandone l'efficacia.

Il Centro di Psicologia clinica si caratterizzò per tutta la sua durata per questa impronta che sul piano empirico ha saputo coniugare sviluppo scientifico e solidarietà umana, evidenza clinica con molteplici possibilità di cura, partendo dai bisogni del paziente, rilevati direttamente dagli operatori.

### **L'impatto del Centro di Psicologia Clinica sulla mappa dei poteri**

Oggi possiamo dire che questa impostazione culturale, teorica e scientifica data da G.C.Zapparoli ha fatto sì che il Centro di Psicologia Clinica avesse un impatto positivo ed innovativo sia nella formazione degli operatori della salute mentale sia nell'organizzazione dei servizi psichiatrici, che il decentramento aveva reso più a portata di mano e più vicini al contesto di vita e di lavoro delle persone, là dove nascono i problemi.

Come?

Incidendo sulla mappa dei poteri, presenti nel sistema socio-sanitario e della formazione, a differenti livelli di responsabilità e di competenze.

Vediamo come.

#### ***a) sui sistemi organizzativi dei servizi territoriali***

Il Centro di Psicologia Clinica era l'unica struttura pubblica non accademica esistente in Lombardia che psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali ed educatori impegnati quotidianamente nel seguire i pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici, consideravano come un solido punto di riferimento per la discussione dei casi più problematici e severi.

G.C.Zapparoli ed i suoi collaboratori introducono nell'organizzazione del lavoro il principio della formazione continua (l'esperienza come fonte di apprendimento) ed il metodo del lavoro in equipe (un confronto multidisciplinare).

Due conquiste, queste, che per il contesto pubblico dove esse si applicavano rappresentava una vera e propria svolta culturale e scientifica, che migliorava gli standard di qualità degli interventi, ed era gravida di conseguenze sull'organizzazione del lavoro dei servizi di salute mentale.

#### ***b) sui sistemi di cura***

Qui seguendo la tradizione italiana della psicologia clinica, che nella fase iniziale del suo sviluppo ha una impronta prevalentemente medica (Sante De Santis ed Agostino Gemelli), il Centro di Psicologia Clinica si caratterizza per tre fasi di sviluppo:

b1) la prima concerne la messa a punto di un modello più specializzato per valutare i bisogni dei pazienti psicotici e sviluppare tre modalità di cura: farmoterapica, psicoterapica e socio-assistenziale;

b2) la seconda fase deriva dall'accresciuta necessità di integrare i diversi metodi di trattamento spesso utilizzati in maniera frammentata e conflittuale (integrazione intersistemica ed integrazione sistemica);

b3) la terza fase si identifica con la consapevolezza creata dalla legge 180 della necessità di una integrazione degli approcci come risulta dalle richieste di cura dei pazienti de-istituzionalizzati e dei bisogni di formazione degli operatori (Modello dell'integrazione funzionale).

#### ***c) sui modelli istituzionali di training***

Questa attività aveva l'obiettivo di fare avanzare la professionalizzazione degli operatori che lavorano nei servizi socio-

sanitari nell'area della salute mentale sia in età evolutiva (infantile ed adolescenziale) sia in età adulta, lavorativa e post-lavorativa. Essa si realizzava attraverso un'attività, che prevedeva una formazione di base ed intermedia, volta a fornire una conoscenza ed una padronanza delle tecniche fondamentali nel campo clinico. Anzitutto tecniche di valutazione diagnostica mediante sia strumenti testistici che di intervista, di presa in carico, indicazione di trattamento sia psicoterapeutico che assistenziale mediante l'accesso a corsi e a gruppi di lavoro finalizzati all'apprendimento di tecniche di trattamento di pazienti bisognosi di un approccio specialistico, sofferenti di disturbi psicotici.

Tale formazione è realizzata, fundamentalmente, mediante gruppi con seminari teorici e clinici e supervisioni (questa talora è individuale).

A completamento dei diversi modelli di training viene strutturato negli anni '90 un corso quinquennale di psicoterapia ad orientamento psiconalitico e cognitivo (Scuola di Psicoterapia). Prima scuola pubblica non accademica di psicoterapia in Italia.

Questo intervento si è reso necessario a seguito della legge sulla professione di psicologo e dell'istituzione del relativo albo professionale.

Esso prevedeva due livelli di apprendimento:

#### Primo livello

Il primo livello comprendeva due anni di corso durante il quale veniva rivolta una specifica attenzione al processo della valutazione dell'utente, delle sue caratteristiche e dei suoi bisogni, in funzione delle indicazioni di un programma di trattamento.

Veniva a questo scopo insegnata l'utilizzazione dei principali test psicodiagnostici intellettivi, di personalità e professionali, l'utilizzazione del colloquio clinico e una formazione di base relativa ai fondamentali elementi della psicopatologia.

L'insegnamento comprendeva inoltre gli elementi fondamentali della psicologia generale, della teoria evolutiva, della teoria psicoanalitica e delle principali forme di psicoterapia.

L'impostazione della scuola infatti considerava essenziale favorire nell'allievo lo sviluppo dell'attitudine ad una corretta fase di osservazione e di valutazione diagnostica del paziente onde potere

acquisire la capacità di fornire l'indicazione ad un trattamento o a più interventi, indicazioni che siano adeguate al bisogno del paziente: la terapia comportamentale, la terapia cognitiva, la terapia della famiglia nei suoi diversi orientamenti.

Il metodo di insegnamento si basava sulla utilizzazione di due parametri fondamentali. Il primo teorico, riguarda la trasmissione e discussione degli elementi della teoria, con esempi clinici portati dai docenti e l'uso di materiale audiovisivo. Il secondo, clinico, era costituito dalla supervisione di materiale clinico portato dagli allievi.

### Secondo livello

Il secondo livello comprendeva tre anni di corso ed era rivolto alla formazione psicoterapeutica.

Veniva continuato anche in questi anni l'insegnamento della psicologia generale, della psicologia evolutiva della teoria psicoanalitica, della psicopatologia e delle principali forme di psicoterapia.

Venivano considerate le fasi della presa in carico, dell'inizio del trattamento psicoterapeutico, la fase intermedia e la fase finale, portando l'attenzione sulle caratteristiche più tipiche di ogni fase e sugli aspetti particolari che caratterizzano alcune categorie psicopatologiche.

Si riteneva anche opportuno un insegnamento rivolto alla valutazione dei risultati in psicoterapia.

Inoltre, dato che l'insegnamento comprendeva varie forme di psicopatologia, quindi anche le patologie gravi, faceva parte del programma didattico un corso sulla farmacoterapia e sulle tecniche assistenziali e riabilitative.

Anche a questo secondo livello l'insegnamento era relativo ad un'area teorica e ad una clinica, con l'utilizzazione degli strumenti sopra descritti.

### *d) sulle teorie dominanti*

In un'epoca dominata da ideologie e da assolutismo di pensiero, in cui ognuno considerava il proprio modello la vera cura (potere assoluto) il modello dell'integrazione funzionale proposto da G.C.

Zapparoli implicava una collaborazione ed il passaggio dal potere assoluto al potere relativo. Esso si basava su alcuni punti fondamentali

- d1) superare la posizione di osservazione distaccata a favore di una prospettiva relazionale in cui era importante stabilire quando è possibile una identificazione con il paziente su basi emotive;
- d2) tener conto di una molteplicità di fattori, per esempio per quanto riguarda la farmacoterapia non solo l'uso del farmaco ma anche il contesto nel quale si verifica l'assunzione ed il tipo di relazione che si instaura tra curante e paziente;
- d3) considerare due differenti tipi di integrazione intersistemica (integrazione funzionale tra i modelli di psicoterapia, farmacoterapia ed assistenza e riabilitazione) e intrasistemica (integrazione funzionale tra diversi modelli esistenti all'interno di una funzione).

### **Ruolo del CPC nello sviluppo della psicologia clinica**

In definitiva se dovessimo dire qual è stato il ruolo del Centro di Psicologia Clinica, sotto la guida di G.C. Zapparoli, nello sviluppo della psicologia clinica e dei servizi di salute mentale in Italia dovremmo dire che esso si caratterizza per:

- a) L'introduzione della psicodiagnostica nella valutazione del caso e nella predisposizione di un coerente piano di trattamento. Essa ha reso più professionali gli psicologi (identità professionale);
- b) L'introduzione della psicoterapia individuale e di gruppo in ambito istituzionale (contraddicendo il principio del privato come campo di applicazione della psicoterapia). Essa ha avuto un influsso positivo sugli psicologi che lavoravano nel sistema sanitario e socio-assistenziale, configurandosi come un punto di riferimento teorico e clinico;
- c) La sperimentazione di nuove forme di trattamento adeguata ai bisogni dei pazienti psichiatrici: psicoterapia breve, psicodramma, terapia cognitiva, terapia di supporto assistenziale, psicoterapia integrata. Per questa strada ha avuto un impatto positivo sui servizi psichiatrici territoriali, sollecitando un approccio integrato e differenziato ai bisogni del paziente psichiatrico;

- d) La messa a punto, applicazione e valutazione del modello dell'integrazione funzionale. Essa ha richiesto al personale medico ed infermieristico una riprogettazione della loro prassi, soprattutto con pazienti psicotici gravi. Per questa strada ha avuto un impatto positivo sulle teorie psichiatriche dominanti (ufficiali) che gradualmente hanno accettato, questo nuovo punto di vista. Per informazione vorrei ricordare che il tema dominante del meeting 2012 dell'APA è la cura integrata.
- e) La formazione del personale medico ed infermieristico attraverso una attività di supervisione del loro lavoro. Questo impegno si è concretizzato nella proposta di istituire una scuola pubblica non universitaria di psicoterapia.
- f) L'introduzione del principio e del metodo del lavoro in équipe in un'epoca dominata da separatezza e contrapposizione ideologica (vedi la discussione dei casi da vari punti di vista), dando pari dignità professionale agli infermieri e agli assistenti sociali nei confronti dei medici e psicologi.

## **Conclusioni**

Infine l'ultima domanda che viene spontaneamente da porsi.

Come sia potuto accadere in un ente pubblico (Provincia di Milano) tutto quello che finora ho descritto?

Secondo me tutto è dipeso principalmente dalle persone e non dalle scelte istituzionali; le persone hanno saputo offrire alla politica una chiave di lettura di problemi inediti e di cui nessuno voleva occuparsi (non c'erano strumenti di interpretazione), hanno creduto in queste proposte e, con alterne vicende, hanno trovato amministratori più o meno sensibili che hanno sostenuto il loro lavoro traducendolo in atti politico-amministrativi. In fondo, G.C. Zapparoli diceva sempre che la Provincia, come ente locale, era un contenitore vuoto; il gruppo che ha origine ad Affori ha saputo riempire questo vuoto per oltre 30 anni. E oggi, possiamo dire tranquillamente che non è stato invano.