

FRANCESCO CASTELLO *

LA PSICOLOGIA INDIVIDUALE
COME STRUMENTO DI VERIFICA
DI INIZIATIVE SOCIALI.
CONSIDERAZIONI ANALITICHE
SULLA RIFORMA SANITARIA

La teoria individualpsicologica, per la specifica attenzione da essa rivolta alle finalità ed alle mète, consapevoli o inconsce, reali o fittizie, può dare un notevole contributo alla verifica di congruenza di programmi e di progetti riguardanti la collettività, sia come elaboratrice che come oggetto dei medesimi.

Un campo di enorme interesse, anche in rapporto alla importanza dei contenuti che lo contraddistinguono, è rappresentato, tra gli altri, dal processo della Riforma Sanitaria, avviata con l'entrata in vigore della Legge n. 833 del 1978.

Il provvedimento è la traduzione in pratica di alcuni principi della Costituzione Repubblicana, dalla quale discende con notevole coerenza, ma con un altrettanto notevole distacco cronologico. Nel lungo periodo intercorso tra le due promulgazioni si era infatti venuta a creare, nelle varie componenti politiche e sociali interessate, una problematica relativa al tentativo di imporre addirittura, come proveniente da iniziative autonome e non già vincolate dal dettato costituzionale, la propria tesi sul fare o non fare la Riforma, in totale dispregio alla stessa legge su cui la collettività nazionale si fonda.

Tale disputa è tuttora aperta, tanto che la legge 833 è stata accusata di « incostituzionalità » ed è tuttora pendente un procedimento in seno alla Corte Costituzionale. L'accusa è riferita non alla legge nel suo insieme, ma ad alcuni dettagli, nei quali

* Analista e Didatta della S.I.P.I.

determinate persone o categorie hanno ravvisato potenziali capacità di ledere i propri interessi.

E' sufficientemente noto a tutti che la legge di riforma sanitaria ha carattere progettuale; il testo definisce un programma che, per grandi linee, si articola sui seguenti punti:

- a) la Repubblica tutela la salute dei cittadini;
- b) tale attività deve trovare svolgimento in un sistema democratico e pertanto coinvolgere i cittadini e tutte le componenti sociali;
- c) per assolvere a questo compito viene istituito uno strumento operativo, il servizio sanitario nazionale, con una determinata organizzazione, che in coerenza col principio del decentramento istituzionale, si articola nelle Unità Sanitarie Locali;
- d) il Servizio Sanitario Nazionale deve avere una certa omogeneità di strutture, articolazioni e mezzi, allo scopo di assicurare uno standard minimo di livelli prestazionali, che dovrà comunque corrispondere alle indicazioni dei piani sanitari.

Il periodo precedente l'emanazione della legge 833 è stato caratterizzato da una serie di problemi, legati sia alle carenze via via sempre più vistose delle strutture deputate all'assistenza sanitaria, sia all'avvio di iniziative anticipatorie della riforma, difficilmente realizzabili nel vecchio contesto giuridico-istituzionale, che non poteva fornire i necessari mezzi di attuazione.

Abbiamo assistito al nascere di tentativi, ispirati da leggi di settore (come ad esempio quelle riguardanti la tutela della salute dei lavoratori), rivolti ad obiettivi importanti, in assenza di strumenti operativi indispensabili, ed abbiamo constatato un notevole sviluppo di conflittualità tra gli innovatori, che ricercavano la collaborazione delle vecchie strutture sanitarie e queste ultime, che per corrispondere avrebbero dovuto stravolgere e rivoluzionare la loro identità formale e sostanziale.

Oggi, a oltre due anni di distanza dalla emanazione della legge, osservando i fatti accaduti, gli atteggiamenti e le azioni dei responsabili della sanità ai vari livelli, da quello governativo a quelli delle Unità Sanitarie Locali, si ricava la impressione che l'attuazione della riforma, da aspirazione generalmente condivisa, si sia trasformata in una specie di imposizione di un qualcosa da procrastinare il più a lungo possibile. Basti pensare alle

proroghe, agli slittamenti, ai provvedimenti dilazionanti il previsto scioglimento degli enti (E.N.P.I., A.N.C.C., Ispettorato del lavoro) e la loro confluenza nel nuovo sistema.

Esistono indubbiamente difficoltà pratiche, disomogeneità culturali e ideologiche, carenze ed emergenze economiche, legislative ed organizzative, che contribuiscono a creare un'atmosfera complessa ed irta di spinosità ostacolanti e non agevolmente superabili.

La messa in crisi istituzionale produce reazioni, tendenti a far sopravvivere le vecchie strutture attraverso la dimostrata irrinunciabilità delle funzioni dalle stesse svolte; i conflitti sembrano spostarsi dai gruppi umani alle cose, ed emerge una spinta all'esercizio egocentrico o gruppocentrico di una volontà di potenza, che appare la metà fittizia ostacolante lo sviluppo di un cambiamento che richiede maturità e sentimento sociale.

Su questo quadro generale possiamo fare alcune riflessioni:

1) Il cambiamento (riforma sanitaria) è stato avvertito da vari soggetti, sul piano emotivo, come un qualcosa che riguarda prevalentemente l'esterno: gli « altri » e le strutture.

2) In molti casi, i singoli soggetti (individui o gruppi) non hanno mutato i loro stili di vita, in armonia col mutamento istituzionale.

3) La metà di mutamento può essere, per molti o per alcuni, associata a bisogni di volontà di potenza, ed assumere, sul piano simbolico, funzione e significato di metà fittizia.

4) La ipervalorizzazione delle difficoltà burocratico-amministrative, al di là e contemporaneamente alla loro reale esistenza, sembra lasciare poco spazio alla maturazione del sentimento sociale e della solidarietà fra i gruppi e fra gli individui.

5) La spinta sulla quale si è inserito il fenomeno della riforma è ricca di spunti conflittuali, che continuano a riproporsi in termini di finalità.

6) Si viene a costituire una situazione, in cui la metà esplícita, esteriormente condivisa dalla maggior parte della gente, trova il tranello del bisogno di conflitto permanente, alimentato anche da ostacoli reali. L'orientamento delle dinamiche appare, in parte, discordante, rispetto al verso delle cose che stanno « dal lato utile della vita » e si delineano fenomeni di « distan-

za » tra mete esplicite e stili di vita di individui e di gruppi sociali, che sembrano tendere a procrastinarne all'infinito il raggiungimento.

Questo abbozzo di analisi schematica, che non entra nel merito del valore della riforma sanitaria, mette in evidenza la presenza, all'interno della collettività, di istanze mal conciliabili con l'avvio di collaborazioni positive, che richiederebbero un approccio ricco di sentimento sociale.

La riforma si presenta come un modello cognitivo, o costrutto di apprendimento, che si propone come progetto di modificazione di comportamento. I limiti di un modello cognitivo, intesi nel senso della realizzabilità e della praticabilità, sono collegati alla portata ed ai contenuti delle dinamiche profonde che concomitano all'avvio ed alla conduzione dell'impresa attuativa, oltre che alla attitudine del modello a produrre il soddisfacimento delle aspettative per le quali è stato elaborato.

Uno degli obiettivi fondanti del modello è rappresentato dalla prevenzione primaria, che può essere attuata se esiste o si sviluppa la volontà dei cittadini a intervenire nella progettazione e nell'esercizio delle attività riguardanti la tutela della salute, come bene di importanza non solo individuale, ma anche sociale.

I contenuti e le dinamiche presenti nel processo di attuazione ormai avviato, richiedono una costante ed approfondita analisi, per mantenere un adeguato livello di consapevolezza di ciò che accade e di contatto con la realtà da parte di tutti.

Vediamo, infatti, come il coacervo di istanze esplicite, concretamente esistenti in ogni ambito sociale, finisce per delineare orientamenti, tendenze, atteggiamenti, opinioni, credenze, enfatizzazioni, negazioni, che nel loro insieme fanno parte dello stile di vita di quell'ambito. Basti pensare ai vari significati che per ogni soggetto assumono termini come: libertà, autonomia, partecipazione, prevenzione, educazione sanitaria, gestione democratica dei servizi ed amministrazione democratica delle risorse. Ogni momento individuale o collettivo, di reale confronto con questi termini, mostra caratteristiche analoghe a quelle suscite dalla presentazione di testi proiettivi e le enunciazioni esplicite delle persone che si impegnano in questi campi esprimono le proiezioni di specifici vissuti e di specifici stili di vita.

La difficoltà a tradurre la riforma in azione di tutela della salute deriva, tra l'altro, da un fattore di grande peso: la generale tendenza dei gruppi a contrapporre le ideologie alla loro pratica o, quanto meno, a non riuscire ad armonizzare i criteri astratti nella vita concreta.

Un fenomeno, che si ha occasione di notare vivendo negli ambienti dove si lavora a programmare la realizzazione della riforma, è tra gli altri costituito dal costante senso di delusione che consegue ad ogni emanazione di provvedimenti riguardanti i vari, specifici aspetti per cui un tale atto è richiesto. Ogni provvedimento sembra frustrare molte aspettative, e ciò corrisponde in gran parte, già a livello di elaborazioni normative, al conflitto presente tra modelli ideali ed i vincoli correlati al raggiungimento di obiettivi definiti e concreti. In questo insieme si registra la non sempre voluta tendenza a procrastinare, spesso nell'intento di ricercare condizioni più favorevoli, la realizzazione dei vari momenti di trasformazione strutturale ed operativa. Ne consegue un frequente ricorso ad alibi strutturali, che esprimono la resistenza psicologica dei singoli e dei gruppi ad apportare mutamenti nel proprio stile di vita. A questo riguardo, l'analisi non può certo arrestarsi a livello dei comportamenti esteriori, poiché, in tal caso, si darebbe il via ad un gioco di interazioni sado-masochistiche; essa deve scendere in profondità per fare emergere l'insieme delle finzioni e controfinzioni fittizie di cui singoli e gruppi subiscono la pressione. I momenti di « fluidità istituzionale » insiti in un processo di riforma possono essere visti, in analogia ai momenti di crisi individuale e collettiva, che un lavoro analitico contribuisce a creare, per favorire e promuovere sviluppi maturativi ed equilibri più armonici. Per lo psicologo adleriano, ciò corrisponde al raggiungimento della capacità di sentimento sociale.

Queste note di primo approccio sono sostenute dalla speranza di contribuire a promuovere un maggior diretto interesse degli psicologi individuali al tema; una pluralità di contributi potrà consentire di maturare, anche scientificamente, metodologie ed esperienze analitiche in grado di aiutare i soggetti ed i processi di sviluppo che li riguardano, a mantenersi orientati verso il lato utile della vita.