

A methodological proposal of integration: The *Psychological Scaffolding* for the healthcare relationship

Maria Francesca Freda**, *Francesca Dicé , *Raffaele De Luca Picione******

Abstract

The authors discuss principles of a model of psychological intervention in the healthcare, from some considerations on current social and cultural changes that are redirecting the practice of medicine. The increasing successes of medicine are accompanied by new challenges for healthcare relationship (i.e. self-determination, autonomy, skills acquisition, sharing of decision-making). The realization of these values requires that the focus of intervention is not addressed to single individuals, but to the whole relationship, as unit of analysis and intervention in its performance and in the pursuit of its objectives. The model proposed is an *Intervention of the Psychological Scaffolding to the healthcare relationship*, understood as a relational field that makes possible the realization of semiotic processes of sensemaking and their transformation through dialogic and translational processes. The intervention of *Scaffolding* can sustain the relationship during all the steps of transition and transformation (diagnosis, prognosis, consultation, therapy, etc.) – in which there occur large margins of uncertainty and unpredictability – by introducing a psychological function of thought and by integrating emotional tasks and operational tasks. This model is based on the transformation of key components of the healthcare relationship in psychological tasks: 1) The *Ownership* of the healthcare relationship from a mere use to the development of subjectivity within a relationship; 2) From the *informed consent* as disclaimer to the construction of the *Cum-Sensum*, namely the development of a resource of sense; 3) From the therapeutic adherence to the shared decision-making and to the *Concordance*. Some of the principles of *Scaffolding* are: the gradual learning towards the acquisition of new competences, the support for the development of the processes of sensemaking, the integration of many different trajectories of meaning, the gradual removal of psychological support when the relationship has acquired expertise.

Keywords: Scaffolding; Healthcare Relationship; Psychological Counselling; Sensemaking Process; Informed Consent.

* Department of Human Study, University of Naples “Federico II”. E-mail: fmfreda@unina.it

** Department of Human Study, University of Naples “Federico II”. E-mail: francesca.dice@unina.it

*** SInAPSi Centre (Center for Active and Integrated Inclusion of Students), University of Naples “Federico II”. E-mail: raffaele.delucapicione@unina.it

Freda, M.F., Dicé, F., & De Luca Picione, R. (2015). Una proposta metodologica di integrazione: Lo Scaffolding Psicologico per la relazione sanitaria [A methodological proposal of integration: The Psychological Scaffolding for the healthcare relationship]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 11-25. doi: 10.14645/RPC.2015.2.540

Una proposta metodologica di integrazione: Lo *Scaffolding Psicologico* per la relazione sanitaria

Maria Francesca Freda^{*}, Francesca Dicé^{**}, Raffaele De Luca Picione^{***}

Abstract

Gli autori discutono i principi di un modello di intervento psicologico in ambito sanitario, a partire da considerazioni sui cambiamenti sociali e culturali che riorientano la prassi medica. I crescenti successi della medicina si accompagnano a nuove sfide sul piano della relazione sanitaria (l'autodeterminazione, l'autonomia, l'acquisizione di competenza, la condivisione dei processi decisionali, etc.). La realizzazione di tali valori richiede che l'attenzione di intervento si diriga non ai singoli individui, ma alla stessa relazione quale unità di analisi e di intervento, nello svolgimento delle sue prassi e nel perseguimento dei suoi obiettivi. Il modello proposto è un *intervento di Scaffolding Psicologico alla relazione sanitaria* nel suo complesso, quale campo relazionale che realizza processi semiotici di sensemaking e li trasforma mediante processi dialogici e traduttivi. L'intervento sostiene la relazione nelle fasi di transizione e di trasformazione (diagnosi, prognosi, consulenza, terapia) in cui emergono margini di incertezza ed imprevedibilità, attraverso l'introduzione di una funzione psicologica di pensiero e l'integrazione di compiti emotivi e compiti operativi. Centrale è la trasformazione di componenti della relazione sanitaria in compiti psicologici: 1) la *Titolarità* della relazione sanitaria da posizione di mera fruizione del servizio a sviluppo della soggettività entro una relazione; 2) dal consenso informato quale declinazione di responsabilità del medico alla costruzione del *Cum-Sensum*, ovvero sviluppo di una risorsa di senso; 3) dalla aderenza terapeutica alla decisionalità condivisa e alla *Concordance*. Alcuni dei principi del modello sono: la gradualità dell'apprendimento verso l'acquisizione di nuove competenze relazionali, il sostegno allo sviluppo dei processi di sensemaking, l'integrazione delle diverse traiettorie di significato, la graduale sottrazione del sostegno psicologico quando la relazione ha acquisito competenza.

Parole chiave: Scaffolding; relazione sanitaria; intervento psicologico; processo di sensemaking; consenso informato.

^{*}Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli "Federico II". E-mail: fmfreda@unina.it

^{**}Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli "Federico II". E-mail: francesca.dice@unina.it

^{***}Centro SInAPSi (Servizi per l'Inclusione Attiva e Partecipata degli Studenti), Università degli Studi di Napoli "Federico II". E-mail: raffaele.delucapicione@unina.it

Freda, M.F., Dicé, F., & De Luca Picione, R. (2015). Una proposta metodologica di integrazione: Lo Scaffolding Psicologico per la relazione sanitaria [A methodological proposal of integration: The Psychological Scaffolding for the healthcare relationship]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 11-25. doi: 10.14645/RPC.2015.2.540

Introduzione

Negli ultimi decenni, i progressivi cambiamenti della società, così come quelli della medicina, hanno favorito una graduale revisione del paradigma *meccanicistico* e hanno introdotto una maggiore centralità alla relazione sanitaria. Il rapporto tra medicina e società è soggetto a continue trasformazioni che si ancorano, *in primis*, allo sviluppo dello stesso sistema medico, alle conoscenze e alle prassi che esso pone in essere. Pensiamo *al progressivo aumento della complessità delle cure*, in ragione del progresso tecnologico, con fenomeni di iper-specializzazione di settori della medicina e maggiore diffusione delle figure degli specialisti volti ad occuparsi di parti sempre più specifiche e frazionate del corpo umano; *alla cronicizzazione*, riferita a malattie degenerative a decorso cronicizzante; *alla diffusione della medicina preventiva*, che contribuisce a costruire la rappresentazione della salute a partire da un controllo totale e costante della stessa (Bonino, 2013) ed il crescente sviluppo della medicina predittiva (generata dalle nuove branche della medicina – per esempio la genetica – e dal desiderio di produrre diagnosi in largo anticipo sulle possibili manifestazioni ed insorgenze delle malattie). Questi punti, esposti brevemente, sono di rilevante interesse per le implicazioni culturali, sociologiche e psicologiche, poiché allo sviluppo del sapere scientifico e delle tecniche diagnostiche e terapeutiche organizzati entro un approccio della *evidence-based-medicine*¹, si affiancano gradualmente nuovi compiti della relazione sanitaria, riguardanti il riconoscimento della *Titolarità* del paziente, della costruzione di un consenso e della possibilità di condivisione dei processi decisionali che si vanno gradualmente organizzando entro un approccio definito *patient-centered-medicine*².

Il sistema medico può generare sia processi di adesione culturale, legate al continuo rinforzarsi delle sue conoscenze e delle sue capacità tecniche, sia nuove esigenze e nuovi compiti connessi al suo medesimo progresso, così come allo sviluppo culturale della società che si confronta, per fare un esempio, con la distribuzione diffusa delle conoscenze permessa dalla diffusione di internet.

Oggi il sistema sanitario è caratterizzato da una costante tensione tra un approccio centrato sull'*evidenza* e un approccio centrato sul *paziente*, sulla sua agenda e soggettività, una tensione che riteniamo possa essere affrontata dando forma ai compiti e ai cambiamenti che l'apertura alla soggettività richiede alla relazione sanitaria.

L'insieme dei cambiamenti, molto brevemente esposti, riteniamo costituisca una nuova opportunità per il dialogo tra psicologia e medicina, in direzione della articolazione delle funzioni psicologiche che i nuovi compiti inscrivono nella relazione sanitaria e in direzione dello sviluppo di un approccio bio-psico-sociale (Balint, 1957; Engel, 1977).

In questo contributo proveremo a delineare e condividere i principi metodologici di un modello di intervento psicologico in ambito sanitario, non rivolto specificamente a uno degli interlocutori coinvolti (pazienti o medici), ma al *campo relazionale* considerato nel suo complesso e ai compiti che lo attraversano. Un campo relazionale in cui uno degli interlocutori assume il posizionamento di paziente nei confronti degli altri, che a loro volta assumono posizionamenti diversi (medico generico, medico specialista, operatori sanitari vari, infermieri, etc.), sempre in relazione tra loro. Discuteremo un modello di intervento definito *Scaffolding Psicologico per la Relazione Sanitaria* volto ad integrare, al suo interno, le funzioni psicologiche che attraversano la relazione sanitaria e che contribuiscono alla realizzazione dei suoi compiti e dei suoi scopi.

Un campo di significazione

La recente attenzione alla centratura sul paziente, di cui si è accennato, insieme alla medicina narrativa (*narrative medicine*) (Bert, 2007; Charon, 2001, 2006; Charon & Wyer, 2008; Hyden, 1997; Kleinman, 1988; Suchman, 1997), hanno aperto nuove possibilità di prassi operative in grado di cogliere la soggettività

¹ La medicina basata su prove di efficacia (in inglese *Evidence-Based-Medicine, EBM*) viene definita come il processo di ricerca, di valutazione e di uso sistematico dei risultati di ricerca più aggiornati come base per le decisioni cliniche (Greenhalgh, 2010; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996; Timmermans & Mauck, 2005).

² L'assistenza centrata sul paziente implica il rispetto e l'attenzione ai bisogni, alle preferenze e ai valori del paziente, in modo tale che questi valori possano guidare ogni decisione clinica (Epstein & Street, 2011). Tale approccio viene perseguito mediante un costante scambio bidirezionale d'informazioni al fine di aiutare il paziente e la sua famiglia a fare le scelte giuste, a facilitare l'accesso alle cure appropriate, a rendere possibili i cambiamenti negli stili di vita necessari per mantenere o migliorare lo stato di salute. L'intento di tale approccio è quello di fornire un'assistenza personalizzata e ritagliata sui bisogni del paziente mediante la creazione di condizioni di partecipazione del paziente alle decisioni che riguardano la sua salute (producendo una posizione di attivo protagonista consapevole dei processi di prevenzione, guarigione e cura).

del paziente. Dal nostro punto di vista, tale soggettività si articola nella relazione attraverso il rapporto con il medico, principale interlocutore, e attraverso l'iscrizione di tale relazione nel contesto sanitario. Il contesto sanitario è sempre attraversato da una serie di *ordini di significazioni* definiti dai suoi scopi generali, dalla specificità degli scopi del servizio e dal sentire comune di un determinato momento storico (De Luca Picione, Dicé, & Freda, 2015). Il *paziente*, indubbiamente un *soggetto* unico ed irripetibile (e quindi da conoscere nella sua specificità), assume anche un *ruolo generale* culturalmente definito e organizzato dal particolare momento storico in cui la relazione sanitaria, specifica e contestuale, si declina.

Il soggetto, il paziente, il malato, l'utente di un servizio sanitario, è tale in virtù del posizionamento che assume all'interno dei campi discorsivi e dei significati che orientano azioni, scelte e strategie impiegate. In questa prospettiva, la narrazione del paziente può essere considerata *prodotto* della stessa relazione sanitaria e delle specifiche contingenze contestuali in cui si genera; la narrazione di malattia viene costruita in ragione dell'iscrizione della soggettività del paziente nel rapporto con il contesto a cui la stessa condizione di malattia lo ha chiamato a partecipare. Le stesse forme del dolore, della sofferenza, del disagio sono espressioni storicamente determinate: esse si fanno esperienza attraverso l'organizzazione complessa di un campo di significati che orientano l'osservazione, le valutazioni, la cognizione, la determinazione di una norma e dello scarto da essa e lo stesso sentire dei soggetti che in esso vi partecipano. La relazione sanitaria, inoltre, è attraversata da dinamiche emotive intense generate dalla discontinuità della esperienza di vita del paziente (condizione di non salute, incertezza sulla propria condizione di salute che mette in scacco i propri consolidati sistemi di significazione). Le emozioni che attraversano la relazione sanitaria sono rese necessarie dallo stesso oggetto della relazione.

È entro questa accezione contestualizzata di centratura sul paziente e di narrazione soggettiva che intendiamo collocare una nuova prospettiva di sviluppo di principi per un intervento psicologico in ambito sanitario. Troppo spesso la relazione sanitaria si traduce in una repentina codifica di etichette diagnostiche e risposte terapeutiche: tale repentinità può essere interpretata anche alla luce della condizione di emergenza emotiva generata dalle ansietà in campo, un'ansietà che tende a ridurre precocemente qualsiasi spazio di incertezza. L'alta – e spesso precoce – valenza diagnostica e prescrittiva della relazione sanitaria non è interpretabile, a nostro avviso, in ragione di una violenza del potere medico sulla fragile soggettività del paziente, come tradizionalmente proposto, ma è piuttosto il risultato di una dinamica dialogica alla quale partecipano entrambi i componenti della relazione (forse *in primis* il paziente con le sue necessità di delega del problema e il suo sentimento di urgenza). La prescrittività, che attraversa ogni prassi medica, è prodotto di una dinamica culturale e relazionale cui partecipano attivamente tutti gli attori coinvolti.

Da un punto di vista dinamico e semiotico, la relazione medica si muove attraverso significati che la canalizzano e ne orientano scelte, azioni e modalità. Un significato infatti è un processo dinamico che organizza le relazioni e le rende attive nel tempo. In un'ottica di *sensemaking process*, un significato non è qualcosa dietro un segno, ma una traiettoria temporale di sviluppo relazionale che organizza i rapporti tra le persone (De Luca Picione & Freda, 2012, 2014, 2015; Freda, 2008; Freda & De Luca Picione, 2014, 2015; Freda & Guerra, 2012; Salvatore & Freda, 2011; Zaccaro & Freda, 2011). Tale prospettiva ci consente di passare da una concettualizzazione statica della relazione sanitaria, già determinata dalle sue procedure e prescrizioni, ad una visione dinamica e trasformativa. In questo senso, le suddette costanti invariabili della relazione medica assumono il valore dinamico di significati capaci di mediare la relazione, attraverso il coinvolgimento sia del medico che del paziente, e i suoi sistemi sociali (famiglia, lavoro, amici, etc.). L'attivazione di tali significati si costituisce sia in qualità di *dimensione contestuale* (che definisce la relazione e la stabilizza lungo percorsi simbolici già codificati) sia in qualità di *attività dialogica* (che consente la dinamicità e le possibilità trasformative della stessa). La relazione medica si configura come un campo relazionale attivato dalla stessa richiesta di prestazione sanitaria, in cui si organizzano sistemi di significato che orientano la sua stessa evoluzione. In ragione dell'attivazione di questo campo, che iscrive la persona nel ruolo di paziente, può attivarsi una trasformazione dei confini dinamici tra i diversi sistemi di significato nella vita della persona (De Luca Picione & Freda, in press). Per tale motivo, alcuni ambiti connessi alla cura assumono rilevanza rispetto ad altri che vengono posti in assetti più periferici e momentaneamente sospesi.

Sulla base di tali considerazioni, *riteniamo che l'intervento psicologico debba rivolgersi alla relazione sanitaria nel suo complesso, proprio in quanto essa è quel sistema relazionale in cui si attualizzano significati culturali e soggettivi che contribuiscono alla realizzazione dei suoi compiti e ristrutturano gli scenari di vita del paziente.*

Medicina e psicologia: incrocio di sguardi

La psicologia in ambito medico ci pone la questione di organizzare un intervento psicologico che non si identifichi unicamente nell'erogazione di un servizio di assistenza verso un individuo, ma interagisca direttamente con il campo discorsivo e di senso nel quale il professionista viene coinvolto.

In tal senso, la nostra proposta di un modello di intervento non si rivolge al singolo utente, ma alla stessa relazione sanitaria, quale sistema in movimento che si costituisce all'interno del senso comune più ampio e delle direzioni di cura che la medicina assume, in un contesto culturale e storicamente definito (De Luca Picione et al., 2015; Freda, 2013). Consideriamo dunque il paziente entro il dominio discorsivo e relazionale della medicina.

Medicina e psicologia sono due discipline che, nello svolgimento della loro funzione, operano attraverso modelli diversi: la medicina risponde in maniera normativa, tecnica e procedurale (Carli & Paniccchia, 2003) e si fonda su un rafforzamento reciproco tra *mandato sociale*, conoscenza scientifica e *senso comune*. La psicologia, invece (in quanto disciplina volta allo sviluppo delle capacità di significare le proprie esperienze e le relazioni di cui si è partecipi), opera attraverso la comprensione e la discussione delle premesse di senso che orientano i contesti relazionali e la posizione prospettica che assumono al loro interno le persone (posizione che è allo stesso tempo relazionale, emotiva, cognitiva e performativa). All'interno di una prospettiva medica, il contesto non è messo in discussione *ab origine, nelle sue premesse* (se non per valutazioni tecniche interne all'intervento, in termini di *utilità*, di *realizzabilità*, di *tempi di azione*); invece, in una prospettiva semiotica (e quindi rivolta ai processi dinamici di significazione), la psicologia svolge il proprio intervento a partire dalla riflessione e discussione sulla costruzione della relazione interpersonale, su quanto sta accadendo in essa e prova a contemplare anche quegli aspetti ritenuti inutili, residuali o di ostacolo perché non direttamente connessi allo svolgimento del compito biomedico. Tale diversità di sguardo non può implicare soluzioni facili ed immediate nel proporre un intervento psicologico in ambito sanitario che non snaturi né il senso della medicina, né quello della psicologia: il fine dell'intervento psicologico, nella prospettiva che stiamo discutendo, può essere considerato *l'integrazione* dei compiti della relazione sanitaria con i molteplici significati attivati ed agiti attraverso essa. Tale integrazione è chiaramente diversa da un'operazione sommativa, così come è diversa dall'esercizio di un assunto iniziale fondato su una rigida distribuzione dei compiti e doveri (il corpo alla medicina e la mente alla psicologia); piuttosto, essa può emergere da uno sforzo di comprensione e significazione di quanto sta accadendo nella relazione sanitaria e attraverso di essa.

L'intervento psicologico può introdurre questo sguardo, non perché esso prevalga sulle prassi mediche e sulla costruzione di prodotti ad esse coerenti, ma perché promuova una transizione, un movimento traduttivo tra i diversi codici che attraversano il contesto. La competenza psicologica integrata nella relazione può generare un potenziamento dei processi di significazione, può promuovere una progressiva esplicitazione e condivisione delle premesse attraverso lo scambio ed un'evoluzione della relazione in senso dinamico.

Il modello integrativo dello Scaffolding

Trattare l'incertezza, attraverso la creazione di uno spazio di incontro con l'altro utile a orientare un'azione condivisa e funzionale, non è, abbiamo visto, un obiettivo da perseguire adempiendo a compiti operativi della mission sanitaria e/o prescrivendo al medico l'assunzione di atteggiamenti non direttivi. L'incertezza, che attraversa ogni prassi sanitaria, può costituire un crocevia in cui scopi medici operativi e processi emotivi si incontrano e si definiscono reciprocamente, organizzando intrecci fra funzioni prettamente mediche e processi di natura psicologica (Saita, Novelli, & Saba, 2011).

Centrare il paziente, costruire *Con-Senso*, condividere la *Titolarità* dei problemi e la *Decisionalità* sono processi complessi, che possono richiedere un processo di riconoscimento e trasformazione delle dinamiche soggettive, culturali ed emozionali che attraversano il campo della relazione sanitaria. Tali processi non possono essere considerati azioni date, tecniche procedurali prescritte quali presupposti della relazione ma, piuttosto, essi costituiscono un compito della stessa relazione basato sul progressivo svilupparsi di specifiche competenze dialogiche e relazionali che tutti i partecipanti sono chiamati progressivamente a mettere in campo. La centratura del paziente, così come il consenso e la decisionalità condivisa possono essere figurati quale prodotto di una relazione che li contempra, ma in alcun modo ne costituiscono un presupposto.

La natura della relazione può essere intesa quale processo che si costruisce e si organizza nel tempo; inoltre, a partire da configurazioni fondate su premesse generalizzate di significato e su procedure e protocolli già definiti, si può arrivare gradualmente a costruire una relazione che promuova ampi processi di sviluppo dei suoi partecipanti. Entro tale logica, la relazione sanitaria cessa di essere considerata un mero contenitore, per

definizione buona ed affidabile, dell'intervento, per divenire luogo in cui l'incontro tra diverse soggettività può produrre conoscenze utili al processo diagnostico e terapeutico, mezzo e strumento attraverso cui esplorare alternative e produrre processi di condivisione di conoscenze e di partecipazione ai processi decisionali.

Per sostenere tale processo, crediamo, occorre una psicologia che si ponga al servizio della relazione sanitaria e delle sue funzionalità, cercando metodi e setting necessari a confrontarsi con questioni attuali e pregnanti, senza separare e scotomizzare, in una sterile contrapposizione, le crescenti richieste e necessità di *evidence*, dal riconoscimento del paziente quale persona, il suo diritto di conoscere e di essere orientato, il suo inalienabile diritto di comprendere alternative e partecipare ai processi decisionali che riguardano la sua esistenza.

Presentiamo dunque un modello di lavoro, una logica che orienti il rapporto tra la psicologia della salute e la medicina, che, come si è anticipato, definiamo *Scaffolding Psicologico alla Relazione Sanitaria* (Freda, 2013; Freda & De Luca Picione, in press; Freda & Dicé, 2015; Freda, Dicé, & De Luca Picione, 2015). Il concetto di *Scaffolding*, a partire da un'analogia con la funzione delle impalcature che sostengono gli operai impegnati nei lavori edilizi (Miller, 1983/1987; Wood, Bruner, & Ross, 1976), viene utilizzato come metafora per indicare l'intervento consulenziale di un esperto che aiuta la relazione sanitaria a svolgere ed integrare le sue funzioni psicologiche. Tale processo di sostegno si muove nello *Spazio di Sviluppo Prossimale* della relazione, ovvero nella distanza fra il livello attuale di sviluppo ed il livello di sviluppo potenziale (Vygotskij, 1930/1974, 1934/2008).

In ambito sanitario, lo *Scaffolding* costituisce una struttura provvisoria volta a sostenere:

- a) *I protagonisti della relazione*, nella loro capacità di dare voce e ascolto alla propria soggettività e al reciproco posizionamento;
- b) *Gli strumenti*, da noi intesi quali inediti codici discorsivi, ma anche come trasformazione di alcune procedure in prassi in grado di catalizzare alcune funzioni psicologiche;
- c) *La relazione nel suo complesso*, rispetto alla sua capacità di avere accesso a tutti i punti del campo discorsivo, da noi intesa quale capacità di confrontarsi con i diversi sistemi di significazione che la attraversano e contribuiscono a darle forma.

Lo *Scaffolding* è un intervento che favorisce le abilità dialogiche emergenti della relazione, adattandosi alla quantità di aiuto di cui si necessita; richiede una verifica costante, che lo renda adeguato e corrispondente ai reali bisogni ed ai livelli di competenza del contesto che ne usufruisce. Da un punto di vista dinamico e semiotico, esso si configura come un processo di *catalisi* (De Luca Picione & Freda, 2014; Hoffmeyer, 2007, 2014; Kull, 2014; Valsiner, 2007) dei processi dialogici, poiché prepara e favorisce le condizioni per lo sviluppo del dialogo intrasanitario e consente l'emergenza graduale della soggettività dei suoi partecipanti.

Proponiamo dunque un modello processuale, volto a organizzare un sostegno e costruire un'integrazione tra il sistema medico, la soggettività del paziente ed il contesto sociale e culturale (Freda & Dicé, 2015; Freda, Dicé, & De Luca Picione, 2015). L'intervento è volto quindi ad incrementare la plasticità e la flessibilità della relazione nel raggiungere la complessità dei propri compiti, e attraverso di essi nel promuovere processi di resilience (Cyrulnik & Malaguti, 2005) intesi quali competenze di comprensione e fronteggiamento della condizione di malattia.

Come si è detto, attraverso una centratura sui molteplici sistemi di significazione che attraversano la relazione sanitaria, l'intervento di *Scaffolding* è volto a promuovere l'integrazione delle funzioni psicologiche che attraversano i compiti della relazione sanitaria: *Titolarietà*, *Consenso*, *Decisionalità* sono compiti che possono essere sviluppati in ambito medico, solo a partire dal rapporto con il corpo e la sua affezione, con il processo patogenetico, con le necessità di trattamento, ma allo stesso tempo essi sono compiti psicologici e relazionali che possono essere contemplati iscrivendo la stessa prassi sanitaria nella molteplicità dei punti di vista che la attraversano.

Nei paragrafi che seguono articoleremo un punto di vista psicologico per dare forma ad alcuni dei compiti della relazione sanitaria (Freda & Dicé, 2015; Freda, Dicé, & De Luca Picione, 2015), per provare poi, ne paragrafi successivi, a declinare, anche in ragione di essi, alcuni criteri metodologici dell'Intervento di *Scaffolding*.

Il riconoscimento dei punti di vista: la Titolarità

Come abbiamo discusso finora, il riconoscimento e l'assunzione di un ruolo attivo da parte di tutti gli interlocutori della relazione sanitaria non può essere dato per scontato. Esso necessita che la relazione operi un costante monitoraggio, in modo da garantire ad ognuno degli interlocutori di vedere riconosciuto il

proprio posizionamento all'interno della relazione e promosso il proprio ruolo attivo nello sviluppo del dialogo. In una prospettiva psicologica, l'assunzione di Titolarità può essere interpretata quale compito di *riconoscimento della pluralità dei punti di vista* che attraversano il campo relazionale, nonché quale compito di sviluppo di un *processo di soggettivazione dell'esperienza di malattia* e delle pratiche ad essa connesse (Freda & Dicé, 2015; Freda, Dicé, & De Luca Picione, 2015). Essere titolari di un problema non significa essere *tout court* i *proprietari* del problema, ma significa, per il paziente, sentire riconosciuto il diritto di assumere una posizione enunciativa intorno a ciò accade a sé o alla sua famiglia. L'istituzione di una prospettiva di medicina narrativa, può permettere di individuare una marca soggettiva del processo di costruzione di senso della malattia stessa, così come di un eventuale iter sanitario; più che un insieme di tecniche o di prassi, la narrazione in ambito sanitario, si pone quale logica trasformativa di quei processi orientati alla separazione tra persona ed organo malato, un catalizzatore che permette di attivare e riconoscere processi di co-costruzione del senso della relazione (De Luca Picione & Freda, 2014). Il riconoscimento della *Titolarità* si propone come *atteggiamento mentale* del medico invitato a trattare la malattia, non solo in qualità di *disease*, ossia entità oggettiva ed oggettivabile definita in base alla cartella clinica, bensì anche nella sua componente di *illness*, ossia così come percepita e vissuta da ogni partecipante alla relazione e co-costruita nella specificità della consultazione medica (Greenhalgh & Hurwitz, 1999; Hillmann, 1983/1984; Kleinman, 1988). Il rapporto dialogico tra pensiero narrativo e pensiero logico scientifico può produrre delle costanti tensioni nella pratica sanitaria; tuttavia, piuttosto che immaginare una relazione in bilico e in condizione di confusione tra il mondo della storia di malattia ed il mondo dei dati e delle categorizzazioni diagnostiche, è possibile considerare il terreno della relazione sanitaria come campo di dialogo tra codici discorsivi diversi dal cui intreccio possano emergere conoscenza della malattia e *Titolarità* nella sua gestione (Freda & De Luca Picione, in press; Launer et al., 1999). *La Titolarità è dunque il riconoscimento di un punto di vista situato, in relazione all'evento malattia e alle azioni necessarie al suo fronteggiamento.*

La trasformazione delle informazioni in risorse di senso: il Cum-Sensum

Il compito psicologico connesso alla *creazione di un Cum-Sensum*, ovvero di significati condivisi in riferimento ai contenuti della visita, è mediato dai dispositivi del dialogo intrasanitario e mira a promuovere la progressiva capacità della relazione sanitaria di *trasformare le informazioni trasmesse in risorse di senso comprensibili e fruibili dai diversi protagonisti in ragione dei propri scopi* (Freda, 2013; Freda & Dicé, 2015; Freda, Dicé, & De Luca Picione, 2015). Costruire significati condivisi significa generare un dispositivo semiotico di contatto tra la trasmissione di informazioni da parte del medico e la trasformazione delle stesse in ragione del modello simbolico con cui il paziente sostanzia la sua condizione (De Luca Picione et al., 2015; Kamenova, 2010; Ruth, Geskey, Shaffer, Bramley, & Paul, 2011).

Attraverso la diagnosi al paziente viene trasmessa un'informazione, il medico identifica un significante/malattia per designare quella porzione di reale in ragione del quale è stato consultato. Tale significante/diagnosi, anche se pronunciato dal professionista, viene accolto attraverso la rete di significati di chi ascolta: è in questo incontro che la diagnosi da significante si fa significato (Coriat, 2006/2012). Il discorso medico procede per categorie diagnostiche, ma esse nel momento in cui incontrano una rete di significati di colui che ascolta si fanno forme significanti specifiche, trasformate da quell'incontro, si fanno principi organizzatori dell'esperienza di malattia nel più ampio contesto di vita. Il significato di una categoria diagnostica può dirsi compreso quando è iscritto in una struttura narrativa attraverso cui è possibile definire cosa viene vissuto (riguardo quali specifici aspetti dell'esperienza), quali risorse attiva, quali bisogni e/o problemi esso comporta. Anche se non intendiamo tracciare in alcun modo una relazione lineare di causa ed effetto tra la modalità di comunicazione della diagnosi ed il suo impatto traumatico, certamente riteniamo che la relazione sanitaria possa assolvere un importante ruolo di contenimento del paziente e/o del sistema famiglia nell'evento diagnosi, nella condizione di caos e shock che tale evento può, in alcuni casi, generare (Cyrulnik & Malaguti, 2005; Freda, Dicé, Auricchio, Salerno, & Valerio, 2014; Freda, De Luca Picione, & Martino, 2015; Zaleta & Carpenter, 2010).

Nonostante l'evento *comunicazione della diagnosi* possa e debba essere considerato un passaggio chiave dell'iter sanitario, la costruzione del consenso riguarda l'intero arco del processo sanitario (Lyons & Chamberlain, 2006) ed implica sia processi cognitivi e comunicativi di identificazione, chiarificazione e trasmissione delle informazioni, sia processi di natura emotiva, legati all'elaborazione delle ansie connesse alla condizione di malattia. Costruire *Cum-Sensum* non significa dunque ripetere più volte, e in più modi, le informazioni per essere sicuri che esse siano percepite in modo analogo da tutti i protagonisti, ma

accompagnare e monitorare un uso, sul piano emotivo e cognitivo, di tali informazioni in modo che esse potenzino il personale senso di controllo della situazione da parte dei protagonisti. Anche il consenso dunque non è premessa alla relazione, e non può ridursi ad un evento specifico iniziale, quale può essere l'apposizione di una firma al modulo del cosiddetto *consenso informato*.

Il Cum-Sensum è uno scenario possibile generato da una transizione tra i codici propri del contesto medico e di quello familiare ed una progressiva iscrizione delle informazioni mediche nel campo di vita del sistema paziente.

Prendere insieme decisioni: la Concordance fra incertezza e delega

Il terzo compito che discutiamo tratta i processi di *condivisione di decisionalità*, o *Concordance* (Horne, Weinman, Barber, Elliott, & Morgan, 2005), ed ha la funzione di individuare strategie utili a trattare ed elaborare la delega conoscitiva solitamente assunta dal medico nella relazione sanitaria. Tale compito riguarda anche la possibilità di elaborare la condizione di dipendenza dell'utente e di consentire una flessibilità relazionale, dialogica e decisionale di tutti i partecipanti della relazione. Si tratta non solo di assumere una prospettiva, ma di partecipare alle scelte concrete e di entrare nel circuito di distribuzione ed assunzione delle responsabilità. Ribadiamo che la condivisione dei processi decisionali non può coincidere in alcun modo con una premessa di non direttività da parte del medico, che priverebbe il paziente di criteri su cui fondare la partecipazione alla decisione.

Entro una prospettiva dialogica, contestuale ed interpersonale, riteniamo che condividere decisionalità comporti una continua modulazione tra:

- a) Processi di assunzione della delega e vicarianza che rispondono al bisogno del paziente di essere accolto, guidato e curato;
- b) Processi di sostegno e sviluppo, che sostengano il bisogno del paziente di acquisire competenze autonome di comprensione e fronteggiamento della propria condizione.

Il successo di tale modulazione non è, a nostro avviso, ascrivibile unicamente alle caratteristiche personali di medici o pazienti, ma può declinarsi in ragione della capacità della relazione sanitaria di tollerare e trattare le incertezze, i dubbi, le ansietà ed i disagi, esplorando, accogliendo e rendendo disponibili allo scambio le valenze emozionali, cognitive e comportamentali connesse al problema.

Alcuni criteri metodologici dell'Intervento di Scaffolding Psicologico

In ambito sanitario, spesso, l'intervento psicologico è mosso dalla richiesta di uno dei partecipanti alla relazione, spesso in situazioni avvertite come problematiche e in cui gli aspetti psicologici sono avvertiti come ostacolo. Pensiamo, per esempio, alle diverse richieste di sostegno pervenuteci da parte dei medici per le difficoltà nella fase di comunicazione e comprensione della diagnosi (Freda, Gleijeses, & Martino, 2008), a quelle di associazioni di genitori volte al supporto delle competenze genitoriali (Freda & Oberti, 2007), a quelle di un'equipe di endocrinologia pediatrica esperta nella presa in carico e nel trattamento dei Disturbi della Differenziazione Sessuale (CNB, 2010; De Luca Picione et al., 2015; Freda et al., 2014; Lee, Houk, Ahmed, & Hughes, 2006), a quelle di un'equipe di medici genetisti nella gestione dei processi decisionali legati agli interventi di counselling genetico (Zaccaro & Freda, 2014). Di fronte a simili richieste, uno psicologo si ritrova, da subito, di fronte alla necessità di prendere delle precise posizioni, in riferimento a dei bivi strategici, in ragione dei quali deve poi organizzare la logica del proprio intervento. Da un lato, infatti, può essere necessario accogliere la richiesta attraverso il ricorso a setting dell'intervento individuali rivolti al paziente e/o prevedere processi formativi di sostegno alle capacità comunicative dei medici; dall'altro lato, invece, può essere utile istituire un *dispositivo di ascolto volto a esplorare le dinamiche emozionali e di senso* che, in rapporto al problema posto, attraversano la relazione sanitaria. Questa prospettiva strategica prevede alcuni assunti metodologici fondati, innanzitutto, su una logica integrativa dell'intervento (Carli & Paniccchia, 2003), sulla sospensione della risposta produttiva (Carli, 1987) e sull'assunzione di unità di analisi volte a considerare la richiesta d'intervento entro la struttura di interdipendenza tra equipe sanitaria, sistema paziente e psicologo (Carli & Paniccchia, 2003).

L'intervento di *Scaffolding* si muove attraverso l'istituzione di un registro di ascolto che legga tali domande in ragione della loro valenza polifonica, come aree di perturbazione della relazione generate dal gap/scontro tra i codici discorsivi in campo. Intendiamo dire che, sebbene la richiesta provenga, spesso, da una sola istanza, essa può essere intesa come una delle diverse espressioni di significato che si organizzano in maniera

interdipendente entro il campo della relazione sanitaria.

In questo senso, l'intervento può fondarsi su una lettura complessiva delle fenomenologie presenti nel contesto, seguendo una logica di analisi tesa a conoscerne non solo le dimensioni strutturali e processuali esplicite, ma ad interpretare le stesse alla luce dei processi dinamici di significazione che attraversano il campo relazionale e in ragione della comprensione dei modi in cui tali processi sostengono/ostacolano la realizzazione dei compiti previsti. Tale intervento intende, dunque, cogliere le dinamiche trasformative e dialogiche della relazione sanitaria, invece di costruire una rappresentazione statica della stessa come costituita da regole e comportamenti ben definiti a cui tendere o da far rispettare.

Alla luce di quanto finora esposto, definiamo quelle che abbiamo identificato come linee guida per la predisposizione di un intervento psicologico di *Scaffolding*:

- a) Analisi della relazione sanitaria in ragione del suo compito principale (che è la condizione che la istituisce e che non può in alcun momento essere trascurata) e dei diversi compiti che collaborano alla sua realizzazione;
- b) Esplorazione della *configurazione* che il campo assume in ragione dei molteplici sistemi di significazione che emergono e del modo in cui essi contribuiscono a sostenere/ostacolare i compiti della relazione;
- c) Individuazione delle *aree di perturbazione* generate dal confronto/scontro di significati che delimitano zone di incertezza all'interno delle quali il comportamento e le scelte possono essere orientate in direzioni diverse;
- d) Agevolazione dell'*integrazione* dei diversi e molteplici processi di significazione nella gestione della incertezza;
- e) Sostegno allo sviluppo di *nuovi sistemi di significato* di orientamento e/o trasformazione della prassi.

Le *perturbazioni del campo relazionale* sono proprio l'effetto generato dallo scontro-confronto dei diversi sistemi di significazione in atto nella relazione. Tali perturbazioni, sul piano semiotico, possono dar luogo a due effetti diversi: da un lato possono indurre l'irrigidimento delle posizioni epistemiche e di prassi, e dare così spesso luogo a una reificazione ed esternalizzazione del problema (per esempio l'eccessiva ansia dei genitori interpretata quale causa dell'esodo sanitario e/o della non aderenza ad alcune terapie); dall'altro lato possono costituire un'importante possibilità di sviluppo trasformativo se vengono trattate quale aree di gap/scontro tra i codici discorsivi in campo che chiedono di essere considerati. L'intervento di *Scaffolding* assume la funzione di gestire tali perturbazioni, lavorando per sviluppare l'autonomia della relazione.

Stiamo formulando l'ipotesi che lo *Scaffolding* sia un organizzatore di mutualità intesa come processo di scambio e di transizioni tra codici (Kull, 2014; Lotman, 1985, 2005) e possa sostenere processi trasformativi fondati sulla costruzione di un reciproco riconoscimento. In questa prospettiva, lo *Scaffolding* non può configurarsi come una singola azione di intervento dello psicologo con il paziente o con il medico (in un rapporto di potere o dipendenza), ma un processo di regolazione semiotica della relazione che contribuisce al riconoscimento della reciprocità e allo sviluppo dei suoi scopi (Freda & De Luca Picione, in press; Freda & Dicé, 2015; Freda, Dicé, & De Luca Picione, 2015).

Prendiamo, ad esempio, il momento della consegna della diagnosi. Questo è un passaggio particolare e delicato, poiché (da un punto di vista semiotico) *ciò che viene veicolato* dall'etichetta diagnostica (in qualità di segno) può essere traslato dall'ambito discorsivo biomedico a quello soggettivo del paziente. Avviene così un lavoro di traduzione semiotica (Freda, 2008; Freda & De Luca Picione, in press; Lotman, 2005) in cui la diagnosi (in qualità di mediatore semiotico) produce nuovi e imprevedibili conseguenze nel sistema di significazione del paziente (De Luca Picione, 2015; De Luca Picione & Freda, 2015; Freda et al., 2014). In qualsiasi ambito sanitario, la relazione è chiamata ad assumere, in questa fase, il difficile compito di comprendere e articolare i processi che si generano tra la trasmissione di informazioni da parte del medico e la trasformazione ed elaborazione delle stesse da parte del sistema paziente. Durante la fase della comunicazione della diagnosi, risulta evidente come il processo di progressiva costruzione e condivisione di conoscenza possa fondarsi sulla delicata modulazione tra le funzioni vicarianti da parte del ruolo esperto e quelle di conferimento di capacità, volte a sviluppare autonomia e partecipazione ai processi decisionali. Come si è detto, questa modulazione di funzione può essere complicata dal fatto che, quando si rivolge ad un medico, un paziente si trova in una condizione di ignoranza rispetto alle competenze del tecnico ed è presumibilmente in condizione di ansietà, desideroso di affidarsi all'esperto per avere risposte sicure.

L'insieme di questi compiti può essere descritto in termini operativi, parafrasando le procedure di un iter diagnostico o di un protocollo terapeutico, ma si ritiene che essi chiamino in ballo complesse funzioni psicologiche con cui oggi la prassi sanitaria è chiamata a confrontarsi. Lo sviluppo di tali funzioni non può essere compreso sino in fondo se considerato da un punto di vista unicamente operativo, oppure l'esito di una mirata strategia comunicativa. Si ritiene infatti che il loro sviluppo nella relazione sanitaria sia

strettamente connesso all'elaborazione delle vicissitudini affettive e di senso, che attraversano e contribuiscono ad orientare l'andamento della prassi medica. Lo psicologo, attraverso la sua partecipazione, agisce in funzione di catalizzatore (De Luca Picione & Freda, 2014; Valsiner, 2007, 2005) dei processi psicologici in corso e contribuisce a favorire processi dialogici di scambio.

Attraverso un uso metodologicamente orientato della relazione, la funzione di *Scaffolding* può promuovere la circolarità dello scambio dialogico e il riconoscimento della pluralità dei punti di vista in campo, contenere e focalizzare gli stati emozionali, monitorare lo sviluppo della stessa relazione sanitaria, agevolare la produzione di risorse di senso utilizzabili in ragione di un orientamento consapevole all'azione, sempre scelta tra diverse alternative.

Sospensione dell'azione e azione congiunta

Non è possibile presentare il modello di intervento di *Scaffolding Psicologico per la relazione sanitaria* attraverso la descrizione di precise cornici organizzative del setting; è più utile fare riferimento a funzioni metodologiche che potranno poi assumere formati e strutture organizzative peculiari in ragione dei contesti e dei problemi di cui si è chiamati ad occuparsi. A fronte di tale varietà è possibile però proporre la necessità di una di una funzione metodologica del setting dinamica, di tipo oscillatorio tra fasi di sospensione dell'azione produttiva, in cui attivare processi simbolopoietici di emergenza e condivisione di significati e fasi di partecipazione alla prassi medica. Ad esempio, l'alternanza tra lavori di gruppo multidisciplinare con l'equipe sanitaria, con la strutturazione di spazi e tempi di azione congiunta entro la prassi sanitaria (quali la partecipazione alle fasi di comunicazione della diagnosi), sino all'individuazione di prassi specifiche.

L'andamento oscillante tra un *pensare* ed un *fare* pone ad oggetto di riflessione il contesto relazionale e le prassi che in esso si iscrivono. Gradualmente, nel corso del processo di intervento, è possibile negoziare una trasformazione delle stesse prassi e/o introduzione di nuove prassi utili a sostenere un'integrazione delle funzioni psicologiche secondo modalità specifiche e variabili, in ragione dei diversi contesti sanitari. Si procede verso la possibilità di *pensare un fare* in una prospettiva orientata all'*accomodamento*, orientata quindi a trasformare le modalità di funzionamento della relazione, qualora esse siano ostacolanti la possibilità di traguardare i compiti operativi richiesti dall'istituzione sanitaria.

In un progetto di ricerca-intervento, volto a supportare la relazione tra pediatri e famiglie nella presa in carico di patologie genetiche metaboliche, si è giunti attraverso un lavoro di gruppo con l'equipe pediatrica alla introduzione di una modifica della prassi di comunicazione della diagnosi negoziata definita *tornare insieme sulla diagnosi* (Gleijeses & Freda, 2009). Tale modifica ha assunto la funzione principale di trasformare la fase diagnostica da *evento* puntuale a *processo*, attraverso l'istituzione di un secondo colloquio con la famiglia entro un breve arco temporale dalla prima comunicazione di diagnosi. In tale momento, attraverso una collaborazione diretta e congiunta tra professionalità medica e psicologica, è stato possibile aprire uno spazio per accogliere le domande e le ansie dei genitori e ridurre i fenomeni di esodo sanitario (Freda et al., 2008; Freda & Dicé, 2015; Gleijeses & Freda, 2009).

È importante evidenziare che la funzione di *Scaffolding* non intende muoversi nella logica di un attacco distruttivo all'asimmetria costitutiva della relazione sanitaria: essa si profila come un intervento critico e mirato che riconosce l'importanza della asimmetria relazionale (in termini di conoscenze e posizionamenti) in medicina, del faticoso lavoro psichico relativo al trattamento delle incertezze e dei bisogni di rassicurazione da parte del paziente (che determinano spesso gli atteggiamenti di direttività del medico). Per questo motivo, lo *Scaffolding* non intende lavorare in direzione della simmetrizzazione della relazione (in cui i poteri decisionali del medico e del paziente possono scontrarsi) quanto in direzione della *partecipazione*, del *dialogo*, del *confronto*, della *messa in parola* di sentimenti, aspettative, incertezze, delusioni, speranze ai fini di una costruzione partecipativa del consenso nella progettualità terapeutica. Ciò richiede che l'intervento psicologico predisponga *setting di azione congiunta* in momenti e passaggi cruciali della stessa relazione. Pensiamo, ad esempio, ai momenti di costruzione dei processi anamnestici e diagnostici, il momento della consegna di una diagnosi o di un risultato d'esame particolarmente significativo, i momenti di consulenza genetica (Freda & Milito Pagliara, 2012; Zaccaro & Freda, 2014, 2011), i momenti di valutazione e scelta terapeutica o momenti di follow-up, etc. Questi sono tutti momenti di particolare centralità in cui si verificano grandi ambivalenze emotive e in cui molteplici scenari di significato (come cornici di senso contrapposte) rendono difficile la prosecuzione e lo svolgimento della prassi sanitaria. L'esperienza di malattia, tutt'altro che integrata e olistica, è generata da una frattura della continuità dei sistemi identitari e relazionali del malato (Freda, De Luca Picione, & Martino, 2015). In questo senso, lo *Scaffolding* assume, in termini semiotici e psicologici, la possibilità di generare integrazione mediante

l'ascolto, il confronto, il dialogo e la *traduzione* (quale processo trasformativo dei significati) tra le diverse istanze di significato che si generano nell'esperienza di malattia attraverso la relazione sanitaria.

L'aspetto centrale, ribadiamo, sta nel considerare lo *Scaffolding* come intervento ai fini dello sviluppo di competenze della relazione e di fronteggiamento dell'evento critico per i singoli protagonisti, non di mera assistenza. Il fine dell'intervento, infatti, non vuole essere solo quello di prestare sostegno, ma di lavorare congiuntamente in direzione dell'acquisizione di funzioni psicologiche e relazionali. In quanto consulenza transitoria, lo *Scaffolding* non deve rischiare di staticizzare la figura dello psicologo, ma deve essere gradualmente sottratto al fine di consentire l'introduzione e l'acquisizione di una nuova funzione all'interno del processo. Riprendendo l'aspetto metaforico, l'impalcatura può essere smontata quando il sostegno, in quanto funzione, è stato interiorizzato.

Cenni conclusivi

La prospettiva dinamica che abbiamo scelto aiuta a definire la relazione sanitaria come un sistema in trasformazione che, sebbene prenda forma a partire da significati istituzionali, sociali, culturali e scientifici già costituiti ed accettati implicitamente dai suoi partecipanti, preserva una certa imprevedibilità nei suoi esiti. Dal punto di vista relazionale, e in accordo con le attuali istanze sociali, tale riflessione ci conduce a precisare con vigore che: *non si entra come soggetto autonomo in una relazione sanitaria, ma si lavora verso l'autonomizzazione, verso la decisionalità condivisa, verso il consenso*. Riteniamo che l'utilizzo di una prospettiva dinamica possa consentire che tale aspetto genetico e trasformativo divenga esso stesso un aspetto peculiare del modello. Il modello integrativo dello *Scaffolding*, infatti, può assumere che una *buona relazione sanitaria* non possa essere, per definizione, una relazione competente fin dal principio, ma un rapporto che deve lavorare verso lo sviluppo delle competenze dei suoi soggetti nel dare significato a quanto sta accadendo, nel ristrutturare i significati a partire dalla riflessione sul proprio posizionamento e sui propri vissuti emotivi.

Il ruolo dello psicologo, in quanto partecipante nella relazione, implicato nello sviluppo di essa ed in una funzione di facilitatore al processo di sensemaking, può esplicitarsi mediante l'uso di funzioni di contenimento, di ascolto congiunto, di rilancio di questioni. Lo *Scaffolding* infatti non può essere inteso come una serie di procedure definite, con una successione di fasi da realizzare, ma un modello dinamico, orientato dallo specifico stato transitorio o quiescente della relazione che realizza un processo integrativo di sensemaking. La stessa circoscrizione e delimitazione nel tempo dell'intervento è in linea con la prospettiva trasformativa, secondo la quale lo *Scaffolding* non si presta ad essere un processo continuativo, ma una consulenza ed una mediazione relazionale temporanea. Dunque, non uno strumento procedurale e prescrittivo, ma una dinamica processuale che possa organizzare nuove traiettorie possibili di trasformazione della relazione attraverso lo sviluppo delle competenze dei suoi attori.

Bibliografia

- Balint, M. (1957). *The Doctor, his Patient and the Illness*. London: Churchill Livingstone.
- Bert, G. (2007). *Medicina narrativa* [Narrative medicine]. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Bonino, S. (2013). Luci e ombre della medicina predittiva [Lights and shadows of predictive medicine]. *Psicologia contemporanea*, 239, 30-31.
- Carli, R. (1987). *Psicologia clinica: Introduzione alla teoria e alla tecnica* [Clinical psychology: Introduction to theory and technique]. Torino: UTET.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *L'analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand: Theory and technique of the intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(15), 1897-1902. doi: 10.1001/jama.286.15.1897
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford: University Press.
- Charon, R., & Wyer, P. (2008). Narrative evidence based medicine. *The Lancet*, 371(9609), 296-297.

- CNB – Comitato Nazionale per la Bioetica (2010). *I Disturbi della Differenziazione Sessuale nei minori: Aspetti bioetici* [Disorders of Sex Development in children: Bioethical issues]. Retrieved from <http://www.palazzochigi.it>
- Coriat, E. (2012). *Puoi perdermi? La psicoanalisi nella clinica dei piccoli bambini con grandi problemi* [Can you lose me? Psychoanalysis in the clinic of small children with big problems] (L.T. Rodriguez & M. Becce, Trans.). Milano: Et al. Edizioni (Original work published 2006).
- Cyrulnik, B., & Malaguti, E. (2005). *Costruire la resilienza: La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi* [Building resilience: The successful reorganization of life and the creation of meaningful relationships]. Trento: Edizioni Erickson.
- De Luca Picione, R. (2015). The Idiographic Approach in Psychological Research: The Challenge of Overcoming Old Distinctions Without Risking to Homogenize. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 49(3), 360-370. doi:10.1007/s12124-015-9307-5
- De Luca Picione, R., Dicé, F., & Freda, M.F. (2015). La comprensione della diagnosi di DSD da parte delle madri: Uno studio sui processi di sensemaking attraverso una prospettiva semiotico-psicologica [A study about processes of sensemaking of the disease through a semiotic-psychological perspective: The understanding of the DSD diagnosis by mothers]. *Psicologia della Salute*, 2, 47-75. doi: 10.3280/PDS2015-002004
- De Luca Picione, R., & Freda, M.F. (2012). Senso e Significato [Sense and meaning]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 17–26. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/rpc>
- De Luca Picione, R., & Freda, M.F. (2014). Catalysis and Morphogenesis: The Contextual Semiotic Configuration of Form, Function, and Fields of Experience. In K.R. Cabell & J. Valsiner (Eds.), *The catalyzing mind. Beyond models of causality: Annals of Theoretical Psychology 11* (pp.149-163). New York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-8821-7
- De Luca Picione, R., & Freda, M.F. (2015). Borders and Modal Articulations: Semiotic Constructs of Sensemaking Processes Enabling a Fecund Dialogue Between Cultural Psychology and Clinical Psychology. *Journal of Integrative Psychological and Behavioral Science*. doi: 10.1007/s12124-015-9318-2
- De Luca Picione, R., & Freda, M.F. (in press). The processes of meaning making, starting from the morphogenetic theories of René Thom. *Culture and Psychology*.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Epstein, R.M., & Street, R.L. (2011). The values and value of patient-centered care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103. doi: 10.1370/afm.1239
- Freda, M.F. (2008). *Narrazione e intervento in psicologia clinica: Costruire, pensare e trasformare narrazioni* [Narration and intervention in clinical psychology: Constructing, thinking and transforming narratives]. Napoli: Liguori.
- Freda, M.F. (2013, May). *Lo Scaffolding Psicologico alla relazione sanitaria* [Psychological Scaffolding to the healthcare relationship]. Paper presented at the X Congresso Nazionale della S.I.P.Sa–Società Italiana di Psicologia della Salute. Orvieto, IT.
- Freda, M.F., & De Luca Picione, R. (2012). Relational and organizational value of Self-Positions. *International Journal of Dialogical Science*, 6(1), 51-60.
- Freda, M.F., & De Luca Picione, R. (2013). Cornici ermeneutiche della narrazione e sviluppo della riflessività nel dialogo clinico [Hermeneutical frames of the narration and of the development of reflexivity in clinical dialogue]. *Psichiatria e Psicoterapia*, 32(4), 250-262.
- Freda, M.F., & De Luca Picione, R. (2014). The identity as a system of translation of the boundary between subject and context. In S. Salvatore, A. Gennaro & J. Valsiner (Eds.), *Yearbook of Idiographic Science-Vol. V* (pp. 179-194). Charlotte, NC: IAP–Information Age Publishing.

- Freda, M.F., & De Luca Picione, R. (in press). An intervention model of Psychological Scaffolding for the Doctor-Patient Relationship. In G. Sammut, S. Salvatore, & J. Valsiner (Eds.), *Yearbook of Idiographic Science*. Charlotte, NC: IAP-Information Age Publishing.
- Freda, M.F., De Luca Picione, R., & Martino, M.L. (2015). Times of illness and illness of time. In L.M. Simao, D.S. Guidamaras, & J. Valsiner (Eds.), *Temporality: Culture In The Flow Of Human Experience* (pp. 209-234). Charlotte, NC: IAP. Information Age Publishing.
- Freda, M.F., & Dicé, F. (2015). Metodi per lo Scaffolding Psicologico alla Relazione Sanitaria in Pediatria: I Setting di Ascolto Congiunto [Methods for Psychological Scaffolding for Healthcare Relationship in Pediatrics: Joint Listening Setting]. In S. Di Nuovo (Ed.), *Psicologia della Salute e Salute della Psicologia. Proceedings of the XI Congresso Nazionale della S.I.P.Sa–Società Italiana di Psicologia della Salute* (p. 64). Acireale: Bonanno Edizioni.
- Freda, M.F., Dicé, F., & Auricchio, M. (2013). La funzione di Scaffolding Psicologico per la Comprensione della Diagnosi in Pediatria [The function of Psychological Scaffolding for the Understanding of the Diagnosis in Pediatrics]. In R. Vitelli, P. Fazzari, N. Rainone & M.F. Freda (Eds.), *Proceedings of the XV Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica* (pp. 190-191). Napoli: Fridericiana Editrice Universitaria.
- Freda, M.F., Dicé, F., Auricchio, M., Salerno, M., & Valerio, P. (2014). Suspended sorrow: The crisis in the understanding of the diagnosis for the mothers of children with a Disorder of Sex Development. *International Journal of Sexual Health*, 2(2), 186-198. doi: 10.1080/19317611.2014.957793
- Freda, M.F., Dicé, F., & De Luca Picione, R. (2015). Psychological Scaffolding at Doctor Patient Relationship in Pediatrics: A methodological proposal. In M.C. Quattropiani & C. Mento (Eds.), *Proceedings of XVII National Congress Italian Psychological Association Clinical And Dynamic Section. Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 3(2), 52-53. doi: 10.6092/2282-1619%2F2015.1.1097
- Freda, M.F., Gleijeses, M.G., & Martino, M.L. (2008). The triangle pediatricians parent and child: Which space for psychological intervention. *Psychology and Health*, 23(2), 23-24.
- Freda, M.F., & Guerra, G. (2012). La consulenza genetica: Quali questioni per la psicologia della salute [Genetic counselling: What issues for health psychology]. *Psicologia della Salute*, 3, 5-10.
- Freda, M.F., & Milito Pagliara, F. (2012). Narration and discourse in the clinical dialogue. In S. Salvatore, A. Gennaro, & J. Valsiner (Eds.), *Making Sense of Infinite Uniqueness: The Emerging System of Idiographic Science* (pp. 177-204). Charlotte, NC: IAP. Information Age Publishing.
- Freda, M.F., & Oberti, A. (2007). Il sostegno come matrice di significati: Resoconto di un intervento con un'associazione di genitori [Holding as a matrix of meanings: A report of an intervention within an association of parents]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 339-353. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/rpc>
- Gleijeses, M.G., & Freda, M.F. (2009). La relazione pediatra-madre il punto di vista dei pediatri tra vincoli e linee di sviluppo [The pediatrician-mother relationship: the viewpoint of pediatricians between constraints and development lines]. *Rivista di Psicologia della Salute*, 1, 15-31.
- Greenhalgh, T. (2010). *How To Read a Paper: The Basics of Evidence-Based Medicine* (4th ed.). London: Wiley–Blackwell.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, J. (1999). Narrative based medicine: Why study narrative? *British Medical Journal*, 318(7175), 48-50. doi: 10.1136/bmj.318.7175.48
- Hillman, J. (1984). *Le storie che curano: Freud, Jung, Adler* [Healing fiction] (M. Ventura & P. Donfrancesco, Trans.). Milano: Raffaello Cortina Editore (Original work published 1983).
- Hoffmeyer, J. (2007). Semiotic Scaffolding of living systems. In M. Barbieri (Ed.), *Introduction to Biosemiotics: The New Biological Synthesis* (pp. 149-166). Dordrecht: Springer.
- Hoffmeyer, J. (2014). Semiotic Scaffolding: A Biosemiotic Link Between Sema and Soma. In K.R. Cabell & J. Valsiner (Eds.), *The catalyzing mind. Beyond models of causality. Annals of Theoretical Psychology* (pp. 95-110). New York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-8821-7_5

- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., & Morgan, M. (2005). *Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking: Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. Retrieved from <https://www.academia.edu>
- Hyden, L.C. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 48-69. doi: 10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x
- Kamenova, K. (2010). Politics and Persuasion in Medical Controversies. *American Journal of Bioethics*, 10(9), 68-69. doi: 10.1080/15265161.2010.499585
- Kleinman, A. (1988). *The narrative Illness: Suffering, healing & the human condition*. New York, NY: Basic Book.
- Kull, K. (2014). Catalysis and Scaffolding in Semiosis. In K.R. Cabell & J. Valsiner (Eds.), *The catalyzing mind. Beyond models of causality: Annals of Theoretical Psychology* (pp. 111–121). New York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-8821-7
- Launer, L.J., Andersen, K., Dewey, M.E., Letenneur, L., Ott, A., Amaducci, L.A. ... Hofman, A. (1999). Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: Results from EURODEM pooled analyses. EURODEM Incidence Research Group and Work Groups. *European Studies of Dementia. Neurology*, 52(1), 78-84. doi: 10.1212/wnl.52.1.78
- Lee, P.A., Houk, C.P., Ahmed, S.F., & Hughes, I.A. (2006). Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. *Pediatrics*, 118(2), 488-500. doi:10.1542/peds.2006-0738
- Lotman, J.M. (1985). La Semiosfera. In S. Salvestroni (Ed). *La semiosfera: L'asimmetria e il dialogo nelle strutture pensanti [The Semiosphere: Asymmetry and dialogue in thinking structures]* (pp. 55-76). Venezia: Marsilio.
- Lotman, J. (2005). On the semiosphere. *Sign Systems Studies*, 33(1), 205-229.
- Lyons, A., & Chamberlain, K. (2006). *Health Psychology: A Critical Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miller, P.H. (1987). *Teorie dello Sviluppo Psicologico [Theories of Developmental Psychology]* (C. Gobbo, Trans.). Bologna: Il Mulino (Original work published 1983).
- Ruth, J., Geskey, J., Shaffer, M., Bramley, H., & Paul, I. (2011). Evaluating communication between pediatric primary care physicians and hospitalists. *Clinical Pediatrics*, 50(10), 923-928. doi: 10.1177/0009922811407179
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312 (7023), 71-72. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71
- Saita, E., Novelli, M., & Saba, G. (2011). Pearls Toolbox: L'equipaggiamento psicologico per il medico [Pearls Toolbox: Psychological equipment for the medical doctor]. In E. Saita (Ed.), *Pensare alla salute e alla malattia: Legami tra mente, corpo e contesto di appartenenza* (pp. 53-67). Milano: EDUCatt.
- Salvatore, S., & Freda, M.F. (2011). Affect, unconscious and sensemaking: A psychodynamic, semiotic and dialogic model. *New Ideas in Psychology*, 29(2), 119-135. doi: 10.1016/j.newideapsych.2010.06.001
- Suchman, A.L. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 277(8), 678-682. doi: 10.1001/jama.277.8.678
- Timmermans, S., & Mauck, A. (2005). The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Affairs*, 24(1), 18-28. doi: 10.1377/hlthaff.24.1.18. PMID 15647212
- Valsiner, J. (2005). Scaffolding within the structure of dialogical self: Hierarchical dynamics of semiotic mediation. *New Ideas in Psychology*, 23(3), 197-206. doi: 10.1016/j.newideapsych.2006.06.001
- Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies: Foundation of Cultural Psychology*. New Delhi: SAGE Publications.

- Vygotskij, L.S. (1974). *Storia dello sviluppo delle funzioni psichiche superiori* [The development of higher psychological processes] (M.S. Vegetti, Trans.). Firenze: Giunti-Barbera (Original work published 1930).
- Vygotskij, L.S. (2008). *Pensiero e linguaggio* [Thought and Language] (L. Mecacci, Trans.). Bari: Editori Laterza (Original work published 1934).
- Wood, D., Bruner, J., & Ross, G. (1976). The Role Of Tutoring In Problem Solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17(2), 89-100. doi: 10.1111/j.1469-7610.1976.tb00381.x
- Zaccaro, A., & Freda, M.F. (2011). La consulenza genetica: Verso un modello integrato medico-psicologico [Genetic counselling: Towards a medical psychological integrated model]. *Psicologia della Salute*, 1, 11-31.
- Zaccaro, A., & Freda, M.F. (2014). Making sense of risk diagnosis in case of prenatal and reproductive genetic counselling for neuromuscular diseases. *Journal of Health Psychology*, 19(3), 344-357, doi: 10.1177/1359105312470852
- Zaleta, A.K., & Carpenter, B.D. (2010). Patient-centered communication during the disclosure of a dementia diagnosis. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25(6), 513-520. doi: 10.1177/1533317510372924