

Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area "Psicologia clinica e di comunità"

Gruppo di lavoro Regione Emilia-Romagna
"Psicologia clinica, della salute e di comunità"

Direzione generale Cura della persona, salute e welfare
Servizio Assistenza territoriale
Area Salute mentale e dipendenze patologiche

INDICE

1. Introduzione e scopo del documento	3
2. Struttura del documento e gruppo di lavoro	4
3. Modelli organizzativi e risorse impiegate	6
4. I Servizi di Psicologia e l'esperienza pandemica.....	9
5. Raccomandazioni specifiche: aree tematiche inerenti al ciclo di vita	12
5.1 Età evolutiva e clinica dell'infanzia	12
5.2 Età evolutiva e clinica dell'adolescenza	14
5.3 Coppia, famiglia, puerperio, gravidanza	16
5.4 Clinica del maltrattamento, abuso, affidamento e adozioni	17
5.5 Clinica dell'adulto	21
5.6 Clinica dell'invecchiamento	23
6. Raccomandazioni specifiche: aree tematiche inerenti alla psicologia della salute	25
6.1 Psicologia nell'assistenza primaria	25
6.2 Disabilità e cronicità	28
6.3 Psicologia ospedaliera	30
6.4 Salute nelle carceri	37
6.5 Salute organizzativa	39
6.6 Emergenza e catastrofi	41
7. Appendice – Tabelle personale psicologo nelle AUSL	44

1. INTRODUZIONE E SCOPO DEL DOCUMENTO

Le Linee di Indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area "Psicologia clinica e di Comunità" emanate nel 2013 (circolare n. 14/2013) sono state il prodotto finale di un percorso rilevante di confronto e definizione della professionalità dello psicologo all'interno dei servizi del SSR. Hanno rappresentato un'opportunità di dialogo con i decisori politici, un punto di riferimento per la comunità dei professionisti inserita nel SSR e una spinta propulsiva per implementare programmi aziendali di psicologia là dove ancora non erano presenti.

Sono passati diversi anni dall'emanazione di quel primo documento e nel frattempo alcuni orientamenti si sono consolidati e importanti novità hanno riguardato il mondo professionale della Psicologia.

Con i mutamenti sociali, culturali e demografici in atto, le esigenze dei cittadini in termini di cura e trattamenti continuano a cambiare, generando quelli che vengono definiti i nuovi bisogni di salute. Oggi il cittadino è generalmente più competente ed esigente e si fa portatore di una domanda più specifica ed articolata sia per quanto riguarda i settori di intervento sia per quanto riguarda la tipologia delle prestazioni. Alla crescita progressiva di domanda psicologica da parte dei cittadini, si affianca la maggiore attenzione e sensibilità di istituzioni sanitarie, professionisti sanitari e sociali nei confronti degli aspetti psicologici dei diversi problemi di loro specifica pertinenza. Una conseguenza evidente di questo maggiore riconoscimento è l'incremento dei percorsi e degli ambiti, non solo sanitari, in cui si richiede, a volte anche in modo non appropriato, una maggiore presenza di psicologi.

Una prima risposta a tali mutamenti è arrivata con il DCPM 12.01.2017, documento atteso da tempo, che definisce i Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza e in cui la Psicologia, al pari di altre professioni sanitarie, è chiamata a rispondere a questi nuovi bisogni di salute. I LEA, infatti, definiti per la prima volta nel 2001 e revisionati nel 2008, non sono altro che l'insieme delle prestazioni che il SSN è tenuto a fornire ai cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. Le Regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

In generale il DPCM promuove e punta a garantire al cittadino-utente un approccio sanitario più globale ed integrato ai diversi livelli dell'assistenza. In questo contesto, l'assistenza psicologica si integra a più livelli (soprattutto quello territoriale che è anche quello maggiormente dettagliato) e trasversalmente ad essi. Il documento amplia in modo significativo il quadro degli interventi e gli obiettivi degli stessi secondo una logica centrata sulla persona ed i suoi bisogni di salute. Particolare enfasi viene posta alla necessità di assicurare adeguata assistenza psicologica alla donna, ai minori, alla coppia, alla famiglia, e ai soggetti con fragilità. Evidenzia la necessità che una serie di soggetti (minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, persone con disturbi mentali, con disabilità, con dipendenze patologiche) possano disporre di valutazioni ed interventi di carattere psicologico e psicoterapico, accanto agli altri.

Si tratta ancora di principi molto generali senza alcuna definizione delle prestazioni di attività e di standard qualitativi. Un contributo importante per procedere nell'applicazione dei LEA viene dal Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP) che, in un documento pubblicato nell'agosto 2018 "Ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza", delinea possibili futuri scenari nell'applicazione dei LEA psicologici.

Esso indica un possibile percorso di prioritizzazione delle prestazioni garantite dal SSN attraverso l'adozione di criteri espliciti, basati su evidenze scientifiche di efficacia e di congruità nell'impiego delle risorse; di individuazione delle funzioni (percorsi/processi di lavoro professionale) ed infine di individuazione delle singole prestazioni erogabili con il relativo standard. Dal punto di vista metodologico, suggerisce che Linee Guida, Protocolli e PDTA possano fornire un sufficiente punto di partenza, sul quale costruire il nuovo edificio.

Nello stesso documento, coerentemente, si raccomanda di introdurre nei sistemi di monitoraggio e valutazione dei LEA anche degli indicatori specifici che riguardano l'attività psicologica. La routinaria raccolta di dati relativi all'esito degli interventi psicologici permette, infatti, di valutare la percentuale dei pazienti su cui il trattamento ottiene l'esito desiderato, oppure su cui non viene applicato o applicato in modo inappropriato, e quella percentuale che necessita, invece, di una maggior intensità di cura.

Oltre alle raccomandazioni specifiche in seguito declinate per ogni area professionale e del ciclo di vita, si ritiene qui opportuno fornire una raccomandazione trasversale alle diverse aree inerente la Valutazione di Esito. La buona pratica professionale richiede infatti di valutare, compatibilmente alle esigenze cliniche ed organizzative, con metodi oggettivi, quali cambiamenti gli interventi psicologici e psicoterapeutici determinino nella condizione dei singoli e dei gruppi e di provare in modo rigoroso la loro efficacia. Gli scopi e i vantaggi concreti derivanti dalla valutazione degli esiti sono stati ben sintetizzate in un documento del National Health Service (NHS) inglese prodotto nell'anno 2005: valutare gli esiti degli interventi psicologici non è solo sostenibile, ma la valutazione degli esiti porta ad aumentare la qualità del servizio erogato.

Un'ulteriore novità, che vale la pena sottolineare in questo contesto, riguarda l'emanazione della Legge 3/2018 che riconosce la Psicologia come professione sanitaria. Tale inclusione, se letta insieme a quanto previsto nei nuovi LEA, spinge verso una forte ed articolata integrazione tra aspetti ed interventi sanitari e sociali, valorizzando ancora di più il ruolo peculiare dello psicologo in quanto operatore sanitario, con forte vocazione bio-psico-sociale.

I mutamenti legislativi e le considerazioni fino a qui riportate hanno spinto la Regione Emilia-Romagna a ritenere non ulteriormente procrastinabile un aggiornamento delle Linee di Indirizzo 2013.

Il mandato è stato affidato al gruppo regionale di psicologia clinica e di comunità composto dai referenti dei Programmi/Servizi di Psicologia di ogni singola Azienda Sanitaria e coordinato dal Dirigente di Area regionale. Il gruppo fu istituito in Regione nel 2011 con specifico mandato di integrare, con indirizzi di tipo programmatico-gestionale, il documento del dicembre 2010: "La Psicologia Clinica e di Comunità in Emilia-Romagna". Il gruppo ha lavorato, allora, alle Linee di Indirizzo 2013 ed alla diffusione delle stesse attraverso l'organizzazione di convegni e seminari su tutto il territorio regionale, rivolti alla comunità professionale e alla Dirigenza sanitaria e sociale.

Nel corso del 2019 allo stesso gruppo è stato chiesto quindi di curare gli aggiornamenti tecnico professionali del 2013. Sul piano organizzativo si ribadisce la necessità di attribuire strumenti gestionali efficaci al fine di garantire l'esercizio effettivo del governo professionale in termini di appropriatezza clinica e di processo, di analisi di esito, di attribuzione delle risorse in modo rispondente ai bisogni emergenti, secondo criteri epidemiologici e di equità di accesso da parte degli utenti. Ciò anche al fine di favorire una più attiva e consapevole partecipazione della comunità professionale alla vita istituzionale delle Aziende Sanitarie, alla negoziazione del budget ed al perseguimento degli obiettivi condivisi dalle Direzioni.

A tal riguardo si ritiene importante sottolineare come nel cd Decreto Ristori (DL 28 ottobre 2020, n. 137), convertito in legge, sia stata prevista la possibilità per le Regioni di creare Aree Funzionali di Psicologia in tutte le Aziende Sanitarie italiane, per la gestione coordinata delle risorse professionali in base a tutte le attività psicologiche previste dalle normative vigenti (a cominciare dai LEA).

2. STRUTTURA E GRUPPO DI LAVORO

Il presente documento aggiorna le linee d'indirizzo del 2013, che vanno considerate parte integrante dello stesso, soprattutto per quel che riguarda il paragrafo 4 "Raccomandazioni generali alle Aziende USL e alle aziende Ospedaliere". Contiene un aggiornamento sulle risorse e sui modelli organizzativi al 30.06.2020 e

integra le aree di lavoro psicologico dove maggiori sono stati i mutamenti, tratteggiando possibili standard qualitativi dal punto di vista dell'esperienza clinica ed organizzativa dei professionisti.

I contenuti sono stati organizzati in modo diverso rispetto il primo documento. È stata superata la mera suddivisione dipartimentale e i target di riferimento non sono sembrati funzionali a descrivere in modo efficace l'attività e la vocazione professionale dello psicologo clinico e di comunità. Si è optato quindi per un indice a matrice in cui le diverse fasi del ciclo di vita sono attraversate da tematiche e contesti riconducibili alla Psicologia della Salute.

Ogni area tematica è stata organizzata secondo una premessa generale, gli aggiornamenti normativi e tecnico-professionali (linee guida, linee di indirizzo, ecc.) successivi al 2013, la competenza tecnico professionale richiesta allo psicologo in quella specifica area e, infine, raccomandazioni qualitative secondo l'evidenza scientifica e l'esperienza clinica dei professionisti coinvolti.

Il gruppo di lavoro che si è occupato della stesura del documento è composto dai referenti aziendali delle UO/Programmi/Servizi di Psicologia:

Anahi Alzapiedi, Ausl Parma

Luca Brambatti, Ausl Piacenza

Paola Dondi, Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena

Fiorello Ghiretti, Ausl Reggio Emilia

Paola Giacometti/Cristina Meneghini, Ausl Ferrara

Tiziana Giusberti/Marco Chiappelli, Ausl Bologna

Rachele Nanni, Ausl della Romagna

Giorgia Pifferi/Anna Franca, Ausl Modena

Paola Ravaglioli, Ausl Imola

Referente: Mila Ferri – Servizio Assistenza Territoriale, Area Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Area Salute nelle Carceri, Regione Emilia-Romagna.

Si ringraziano inoltre per il loro contributo:

Ornella Bettinardi, Donatella De Buglio, Massimo Esposito, Emanuela Fanzini, Roberta Fiocchi, Paola Frattola, Michela Monfredo, Lucilla Passerini, Leopoldina Speroni (Ausl Piacenza).

Laura Torricelli (Ausl Reggio Emilia).

Katia Bigini, Anita Marini, Loretta Raffuzzi, Elisabetta Rebecchi (Ausl della Romagna).

Gabriele Raimondi, Luana Valletta, Mattia Salati, Ambra Cavina (Ordine Regionale degli Psicologi dell'Emilia-Romagna)

La raccolta dei dati e il coordinamento dei testi è stato curato da Barbara Leonardi, Servizio Assistenza Territoriale, Area Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Area Salute nelle Carceri, Regione Emilia-Romagna.

3. MODELLI ORGANIZZATIVI E RISORSE IMPIEGATE

Includendo psicologi dipendenti e convenzionati, tempi pieni e parziali, liberi professionisti e borsisti, le risorse professionali attualmente operanti nelle Ausl della Regione raggiungono la cifra di circa 768 professionisti, a cui si aggiungono numerosi tirocinanti, specializzandi e frequentatori volontari. Ai professionisti impegnati nelle Ausl vanno aggiunti i circa 50 (cifra per difetto) professionisti psicologi censiti impegnati nelle Aziende Ospedaliere e negli IRSST, di cui si cerca di tracciare una mappa nel paragrafo 5.3 dedicato alla Psicologia Ospedaliera. Nella nostra Regione, il rapporto generale tra popolazione e professionisti del servizio pubblico è di circa 14,7 Unità Equivalenti (U.E.) di personale psicologo ogni 100mila abitanti. Guardando alla realtà delle singole aziende, Piacenza dispone di 18UE, mentre Parma 12 UE ogni 100 mila residenti.

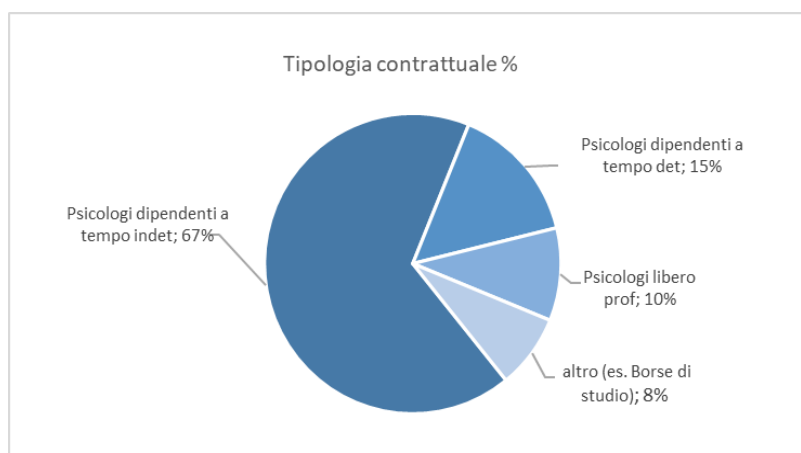
Tuttavia, la consistenza del corpo professionale è lungi dall'essere stabile; dal 30.06.2020 data a cui si riferiscono i dati raccolti nelle tabelle di questo paragrafo si sono verificate già alcune variazioni dovute a pensionamenti, stabilizzazioni e alla calendarizzazione di nuovi bandi e concorsi. Questi dati possono comunque essere utili per fare delle considerazioni sulla consistenza del personale, il raffronto tra i territori e la tendenza in atto a partire dalla situazione fotografata nel 2013.

Tab 1

AUSL	Popolazione	Totale psicologi	Psicologi dipendenti a tempo indet	Psicologi dipendenti a tempo det	Psicologi libero prof	altro (es. Borse di studio)	Totale UE	2020 – UE psi su 100 mila abitanti
AUSL Piacenza	287.375	72	39	0	31	2	51,7	18,0
AUSL Parma	449.858	66	45	13	0	8	55,1	12,2
AUSL Reggio Emilia	533.649	101	71	17	13	0	88,1	16,5
AUSL Modena	703.203	113	77	14	22	0	99,2	14,1
AUSL Bologna	879.504	166	108	9	13	36	126	14,3
AUSL Imola	133.651	24	19	2	2	1	20,6	15,4
AUSL Ferrara	348.030	55	32	10	0	13	46	13,2
AUSL Romagna	1.126.342	171	122	48	0	1	168,4	15,0
TOTALE Regione ER	4.461.612	768	513	113	81	61	655,1	14,7

Nel Grafico 1 è evidenziata la percentuale su base regionale delle tipologie di contratto. Su una popolazione di 768 professionisti, il 67% è inquadrato con contratto dipendente a tempo indeterminato, il 15% con contratto dipendente a tempo determinato (sono conteggiati in questa quota anche gli specialisti ambulatoriali), mentre la quota di personale precario corrisponde circa al 18% del totale (10% liberi professionisti; 8% borse di studio o altre forme contrattuali), con differenze sostanziali tra i territori.

Graf 1



È possibile effettuare una comparazione delle Unità Equivalenti (U.E.)¹ per Azienda rispetto la rilevazione 2013. In tutte le Aziende si assiste ad un incremento delle Unità Equivalenti di personale psicologo, con alcune differenze significative che aprono a possibili problemi di equità di accesso alle cure e di appropriatezza delle stesse. Nelle Ausl di Piacenza e Reggio Emilia si rileva l'incremento più significativo (un aumento di 5,4 U.E. nella prima e un aumento di 4,5 U.E. nella seconda), mentre le Ausl di Bologna e della Romagna mantengono un valore di UE quasi invariato rispetto il 2013.

Tab 2

AUSL	Popolazione	2020 Psicologi Unità	Totale UE	2013 Psicologi Unità	2013 UE PSI su 100 mila abitanti	2020 UE PSI su 100 mila abitanti	Differenza in valore assoluto UE 2013-2020
AUSL Piacenza	287375	72	51,7	35	12,6	18,0	5,4
AUSL Parma	449858	66	55,1	75	9,7	12,2	2,5
AUSL Reggio Emilia	533649	101	88,1	67	12	16,5	4,5
AUSL Modena	703203	113	99,2	73	10,7	14,1	3,4
AUSL Bologna	879504	166	126	137	13,5	14,3	0,8
AUSL Imola	133651	24	20,6	21	12,4	15,4	3,0
AUSL Ferrara	348030	55	46	41	10,1	13,2	3,1
AUSL Romagna	1126342	171	168,4	167	14,53	15,0	0,4
TOTALE Regione ER	4461612	768	655,1	616	12,4	14,7	2,3

Le risorse professionali sono distribuite in varie strutture dell'articolazione organizzativa aziendale, in massima parte nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze patologiche; seguono i Dipartimenti di Cure Primarie, i Presidi Ospedalieri, i Distretti, il Dipartimento Sanità Pubblica. Si rimanda all'Appendice per una descrizione analitica della collocazione Dipartimentale e per Area tematica delle risorse psicologo nelle diverse Aziende.

L'organizzazione dell'area psicologica nelle Aziende della Regione è caratterizzata da un assetto variabile sia per collocazione organizzativa che autonomia gestionale. A partire dall'emanazione delle Linee di Indirizzo del 2013, si sono verificati piccoli ma incoraggianti cambiamenti mirati ad una maggiore integrazione, a garanzia del governo clinico degli interventi psicologici e della loro appropriatezza. In questa prospettiva si inserisce la necessità di valorizzare il contributo organizzativo e gestionale dei professionisti psicologi nella dinamica Istituzionale attraverso la creazione o il mantenimento di strutture (Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici, Incarichi di Alta Specialità, Programmi di Psicologia) che consentano l'attiva partecipazione degli psicologi alla rilevazione dei bisogni di salute, alla implementazione di obiettivi strategici ed al governo degli interventi conseguenti.

Nella Tabella 3 sono elencati gli assetti organizzativi di ogni Ausl.

Tab 3

AUSL		Assetto organizzativo
Piacenza		U.O.S.D. Psicologia di Base - DCP di cui è referente uno Psicologo. Programma di Psicologia clinica e di comunità, di tipo funzionale, collocato nel DSM-DP. DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N° 224 DEL 15/10/2014
	2013	Non vi è un'organizzazione della Psicologia a livello aziendale.

¹ Le Unità Equivalenti corrispondono sostanzialmente ad un tempo pieno di 38 ore settimanali. Sono ottenute sommando tutte le ore dei professionisti, a prescindere dalla tipologia di contratto. Per facilità di lettura le cifre ottenute sono state private dei decimali e arrotondate per eccesso (<0,50) e per difetto (>0,50).

Parma		U.O. Complessa Psicologia Clinica e di Comunità aziendale, collocata in Staff con la Direzione Sanitaria. Deliberazione n. 920 del 29/12/2015.
	2013	Programma di Psicologia clinica e di comunità, di tipo funzionale e collocato nel Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISM-DP).
Reggio Emilia		Programma di Psicologia, in staff alla Direzione del DSM-DP. Deliberazione n.2016/0200 del 16/12/2016.
	2013	UOC di Psicologia in staff alla Direzione del DSM-DP (Atto aziendale del 2010)
Modena		Struttura complessa (SOC) denominate Psicologia Clinica e di Comunità, collocata nel DCP, alla quale afferiscono le seguenti Strutture organizzative semplice (SOS): <ul style="list-style-type: none"> - Psicologia clinica minori e famiglie - Percorsi territoriali della Psicologia - Centri per l'adolescenza - Psicologia Clinica Adulto - Psicologia Ospedaliera e delle Cure Intermedie - Prevenzione, Consultorio familiare, LDV, Spazio Giovani Deliberazione 157 del 10/05/2019 "Riorganizzazione, collocazione e ridenominazione della struttura complessa Psicologia Clinica e di Comunità nel Dipartimento Cure Primarie".
	2013	UOC di Psicologia Clinica, a carattere gestionale, inserita nel DSM-DP. Delibera del DG N° 159 del 29-07-2003 Oggetto: Definizione delle competenze e del modello organizzativo del servizio di psicologia clinica.
Bologna		Struttura complessa di Psicologia Territoriale, collocata all'interno del DSM-DP, alla quale afferisce la struttura semplice di Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Deliberazione 0000333 del 11/09/2019 provvedimenti in merito al regolamento organizzativo aziendale: riorganizzazione del dipartimento salute mentale-dipendenze patologiche. UOC di Psicologia Ospedaliera, con funzione gestionale collocata nel Dipartimento Oncologico del Presidio Ospedaliero.
	2013	Non vi è un'organizzazione della Psicologia a livello aziendale, fatta eccezione per la UOC di Psicologia Ospedaliera, con funzione gestionale collocata nel Dipartimento Oncologico del Presidio Ospedaliero.
Imola		Programma Aziendale funzionale di psicologia clinica e di Comunità Delibera DG n. 7 del 27 gennaio 2011
	2013	Programma di Psicologia, di tipo funzionale, in staff alla Direzione Sanitaria aziendale.
Ferrara		Deliberazione UOC nel DAISM DP da attivare entro fine 2021 (Delibera Direttore Generale n° 70 del 03/04/2019)
	2013	Programma di psicologia clinica e di Comunità in staff Direzione del DSMP-DP
Romagna		Il Programma di Psicologia in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale con compiti di natura funzionale. Delibera del 3/07/2015 Assetto Organizzativo Ausl della Romagna

	2013	<p>Prima dell'accorpamento aziendale, la situazione era la seguente:</p> <p>A Rimini: Unità Operativa Complessa "Programma di Psicologia", di tipo funzionale, in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale. Deliberazione del DG n.30 del 27/10/2006.</p> <p>A Cesena: SSA Struttura semplice aziendale, di tipo gestionale, collocata nel DSM-DP.</p> <p>A Ravenna e a Forlì nessuna organizzazione formale dell'attività psicologica.</p>
--	------	---

4. I Servizi di Psicologia e l'esperienza pandemica

Sin dalle prime fasi dell'emergenza pandemica, le Aziende Sanitarie della nostra Regione, attraverso i Programmi e Servizi di Psicologia si sono attrezzate per dare una risposta immediata e coordinata all'emergenza Covid-19. Al fine di valutare l'impatto e la rilevanza delle consulenze psicologiche fornite a cittadini, professionisti, la Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con le UO/Programmi/Servizi di Psicologia delle Aziende Sanitarie, ha implementato un sistema di monitoraggio unico regionale, su cui valorizzare in modo incrementale le prestazioni psicologiche dedicate all'emergenza Covid-19.

I Servizi di Psicologia nella fase emergenziale

Nella prima fase, coerentemente con le principali Linee Guida internazionali al fine di ridurre l'impatto psicologico e sociale dell'emergenza e per mantenere l'efficienza ed il benessere psicologico di tutta la popolazione, tutti i Servizi si sono mossi secondo un "approccio globale", rivolto alla comunità senza distinzione fra persone sane o contagiate, etnia, età, genere, vocazione o affiliazione.

Seppur nelle diverse declinazioni organizzative e specificità territoriali, il piano di azioni messo in atto da ogni Azienda Sanitaria si è ispirato quindi ai principali modelli di consulenza psicologica in contesti di emergenza, articolandosi in precise linee organizzative e di attivazione, modulate secondo livelli progressivi di intensità e specializzazione e integrate con i molteplici livelli di intervento all'interno della risposta complessiva messa in atto da ogni organizzazione aziendale e territoriale.

La finalità generale è stata quella di promuovere e rafforzare innanzitutto la resilienza delle persone e delle comunità, evitare un approccio patologizzante e prevenire lo sviluppo di condizioni più critiche, consapevoli che queste potranno riguardare una quota minoritaria di popolazione e andranno affrontate in un momento successivo attraverso un trattamento psicologico specialistico.

Ogni Azienda ha messo in campo diverse linee di azione, che pur con pesi e risorse diverse, ha previsto interventi a favore di:

1. I cittadini allarmati/spaventati, quelli ricoverati, contagiati e quarantenati
2. familiari di pazienti ricoverati e/o deceduti
3. operatori sanitari/soccorritori
4. persone con pregresse fragilità e/o già in carico ai servizi

Nei mesi di marzo-maggio 2020 sono state effettuate 9.654 mila consulenze, che sono divenute 10.731 a dicembre.

Una linea d'intervento trasversale, anche questa comune a tutte le aziende sanitarie della Regione, è stata l'attivazione di uno o più numeri telefonici dedicati (call center) rivolti a tutte le tipologie di target individuato.

Quasi il 70% degli interventi rilevati nella cosiddetta prima fase si sono volti attraverso il medium telefonico. Nei servizi Sanitari l'intervento telefonico è tradizionalmente inteso come strumento di monitoraggio routinario degli utenti oppure come uno strumento di primo contatto con l'utente. La fase emergenziale del COVID 19, invece, ha portato a trovare modalità comunicative e di supporto che si sono caratterizzate come un vero e proprio intervento telefonico breve. Il focus sul carattere consulenziale dell'intervento di primo aiuto telefonico integra infatti competenze e tecniche provenienti da modelli multipli validati e raccomandati per gli interventi in Psicologia dell'emergenza con la finalità di mitigare lo stress peri-traumatico, rinforzare la resilienza e prevenire l'insorgere di disturbi psicologici. Nei fatti, i numeri di telefono dedicati, garantendo sicurezza e privacy, si sono posti come un affiancamento a tutti i servizi di assistenza psicologica comunque operativi sul territorio volti allo stabilire una presa in carico o invio ad altri servizi dei cittadini che ne avevano bisogno e ne facevano richiesta nonché importante di implementazione del lavoro di rete.

La seconda modalità di contatto utilizzata è stata rappresentata dalle **consulenze dirette in ospedale**. Laddove possibile, il contesto ospedaliero ha privilegiato infatti il setting clinico consueto; è il caso, ad esempio, dei numerosi pazienti Covid i quali, una volta usciti dai reparti di terapia intensiva e negativizzati dal virus, sono stati trasferiti in altri reparti con possibilità di contatto diretto in stanza con il professionista psicologo. Oppure è il caso degli operatori sanitari che hanno fatto richiesta di supporto psicologico presso i servizi intra-ospedalieri dedicati.

Dopo la fase acuta

Nella fase acuta, il dilagare del Covid-19 ha messo fortemente sotto stress il sistema dell'emergenza/urgenza imponendo la strutturazione di risposte rapide ad una domanda di supporto psicologico contingente e cogente.

È trascorso oltre un anno da quella fase emergenziale. Un anno importante in cui abbiamo sperimentato cambiamenti e nuove abitudini (la DAD, il telelavoro, le piattaforme di VDC, il perdurare di distanziamenti e misure cautelative, una vita sociale a scartamento ridotto, ecc.) che probabilmente non abbandoneremo più completamente. La disponibilità dei vaccini ha cambiato radicalmente le carte in tavola, e la quotidianità, seppure il Covid-19 non sia assolutamente sconfitto, ha riacquisito una parvenza di normalità.

Ora, a distanza di un anno da quella risposta emergenziale, è necessario interrogarsi su gli effetti che potranno verificarsi sul lungo periodo.

È assodato che le situazioni di crisi sono quasi sempre accompagnate da un aumento di depressione, ansia, stress e altri disturbi mentali, ma anche da comportamenti dannosi e autolesionisti. Succede in caso di eventi traumatici quali attacchi terroristici, terremoti, gravi incidenti collettivi, ecc. Non è difficile immaginare che stia avvenendo anche in questa fase.

Gli elementi con potenziale psicopatologico sono molteplici:

- l'effetto traumatico dell'evento, caratterizzato da fenomenologie sintomatiche gravi e letali, soprattutto per la popolazione più fragile, come quella che ad es. aveva già un disturbo mentale sottosoglia;
- il carico di preoccupazione e paure generate sia dalla possibilità del contagio, sia dalle conseguenze economiche e sociali della pandemia;
- il potenziale effetto psicolesivo delle restrizioni della libertà conseguenti alle misure di distanziamento sociale ed isolamento adottate dalle autorità;
- le incertezze legate alle necessarie cautele in termini di salute pubblica;
- soluzione adattativa di iperconnessione alla rete che può trasformarsi in fattore di rischio per lo sviluppo di Internet addiction Disorder – IAD e altri fenomeni complessi come il ritiro sociale, fobie scolastiche, ecc.

Infine, la sovrabbondanza di informazioni, spesso false, inaccurate, contraddittorie tra loro, non può che favorire l'aumento dell'incertezza e dell'insicurezza.

Raccomandazioni

Di fronte questo scenario, è evidente che il bisogno di psicologia nell'articolazione dell'offerta sociale e sanitaria della nostra Regione non potrà che aumentare. Diventa ancora più urgente garantire forme appropriate di risposta di carattere non soltanto preventivo ma di promozione delle risorse alla resilienza dei singoli e dei gruppi sociali, di interventi focali sulle forme di disagio reattivo diversamente costruite per popolazioni target. Anche il decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali (21G00084)" richiama la

necessità di implementare l'offerta di prestazioni psicologiche da parte delle Aziende sanitarie, destinando a questo fine risorse per incarichi di lavoro autonomo.

Se le dotazioni di Unità equivalenti (UE) di psicologi nelle diverse articolazioni dipartimentali erano già valutate come insufficienti per far fronte a tutti i nuovi e vecchi bisogni, che sono stati descritti nei diversi paragrafi di questo documento, l'avvento del Covid-19 rende non più procrastinabile la decisione di investire maggiormente sui Servizi di Psicologia. Si ipotizza un fabbisogno ulteriore di 2-4 UE per Distretto; il fabbisogno sarà da rivalutare periodicamente in base all'evoluzione dei bisogni.

Un'ultima precisazione: con servizi di Psicologia si intendono sia i Servizi afferenti alla Psicologia territoriale (Psicologia dell'assistenza primaria in primis) che alla Psicologia Ospedaliera, la cui vision proposta in questo documento è quella di non più mero erogatore di prestazioni a richiesta prevalentemente cliniche e duali, ma Servizio integrato nell'organizzazione ospedale, flessibile capace di integrarsi in ambito multidisciplinare, che contribuisce a valorizzare la dimensione globale della cura, aumentarne l'appropriatezza, in rapporto alle evidenze scientifiche e spesso a contribuire a modificare i paradigmi organizzativi.

5. RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE: AREE TEMATICHE INERENTI AL CICLO DI VITA

5.1 Età evolutiva e Clinica dell'infanzia

I primi anni di vita rappresentano un periodo cruciale per la costruzione dell'organizzazione emotiva, cognitiva e comportamentale del minore.

Le continue trasformazioni che la nostra società attraversa pongono il minore e la sua famiglia nella necessità di interfacciarsi con una complessità crescente sempre più difficilmente gestibile. Si pensi, ad esempio, alla ridefinizione del concetto stesso di famiglia con l'indebolimento dei legami sociali, agli effetti di una globalizzazione che non è solo di natura economica, all'impatto che le tecnologie informatiche hanno sull'intera società.

Negli ultimi anni si è assistito ad una crescita progressiva della domanda, a volte confusa, rivolta ai servizi per minori, di natura pedagogica, psicologico/didattica, sociale, sociosanitaria e più strettamente sanitaria.

I bisogni dell'infanzia e della famiglia si confrontano con l'eterogeneità dell'organizzazione dell'offerta e le criticità nelle aree di incontro fra organizzazioni e professioni diverse: ad esempio i rapporti fra la scuola, i servizi sociali, educativi ed i servizi sanitari, pediatri di libera scelta ma anche specialistici.

Il primo obiettivo rispetto questa popolazione dovrebbe essere pertanto la definizione di un'offerta mirata, coordinata ed organizzata al fine di mantenere stretta integrazione e fluidità di rapporti fra servizi atti a garantire risposte appropriate, quindi maggiormente efficaci e sostenibili, secondo il principio della stepped care.

Anche restringendo il focus alle sole attività cliniche emerge evidente la crescita della domanda sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo.

Nella Regione Emilia-Romagna, negli anni 2011-2018, si è assistito ad un incremento del 42.3% di minori o adolescenti (fascia di età 0-25 anni), che hanno avuto accesso ai servizi del DSM-DP, l'85.1% dei quali in carico alle UONPIA; nel 2018 il 9% dei giovani nella fascia d'età considerata è stato in trattamento in almeno un servizio del DSM-DP contro il 6.6 % del 2010².

Coerentemente col dato di letteratura che identifica con l'individuazione e l'intervento precoce la più efficace strategia di contrasto al disagio/disturbo psichico, anche in termini prognostici, la maggioranza degli Psicologi operanti nelle AUSL regionali è impiegato nella Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza, dato che risulta ancora più significativo se si aggiungono i colleghi operanti nelle Tutela Minori e nei Consultori Giovani.

Competenza specifico professionale dello psicologo

Accesso: avviene secondo le procedure definite dalle UO che assegnano la referenza clinica del singolo caso in entrata a dirigenti, psicologi o medici.

² Saponaro et al, *Disturbi psicopatologici ne bambini, adolescenti e giovani che accedono ai Servizi di NPIA, SerDP e Salute mentale adulti. Sestante n. 07/2019.*

Accoglienza: è una fase nella quale i bisogni espressi ed inespressi del minore e della sua famiglia incontrano la competenza del professionista psicologo. Il sentirsi bene accolti, tanto su un piano ambientale, quanto su un piano relazionale e tecnico professionale pone le basi per il lavoro. Più che in altri ambiti, il confronto con le figure primarie di supporto risulta da subito ineludibile, delicato ed uno dei principali fattori ambientali modificanti.

Valutazione: i tempi sempre più contingentati, stante la documentata numerosità della domanda, impongono procedure operative snelle ed efficaci. Lo psicologo sa coniugare le tecniche del colloquio clinico con le evidenze più appropriate per le diverse necessità; tramite il continuo aggiornamento e l'analisi della letteratura offre percorsi di assessment sostenibili e partecipati, spesso gestendo la collaborazione con gli altri operatori dell'équipe. Si ribadisce che anche in questa fase il confronto con i genitori, la loro valorizzazione ed il loro attivo coinvolgimento, oltre che ovviamente col minore stesso, è elemento imprescindibile del percorso, senza dimenticare, quali fonti di preziose informazioni, le altre agenzie che il minore interfaccia.

Diagnosi: l'inquadramento diagnostico è spesso il risultato di un processo di valutazione multiprofessionale. La definizione e comunicazione della diagnosi (categoriale ma anche strutturale) rappresenta un passaggio cruciale nella definizione di senso col minore e con i genitori. Anche in questa fase le competenze dello psicologo, esperto della relazione, facilitano la presa d'atto, la comprensione e la condivisione del quadro emergente nel rispetto dei tempi e delle caratteristiche dell'interlocutore.

Trattamento: in questa fase possono essere esercitate funzioni dirette di clinical competence da parte dello psicologo tramite interventi di supporto psicologico o di psicoterapia (al minore e/o alla famiglia), associate a responsabilità nel ruolo di case manager in caso di intervento multiprofessionale in collaborazione con altri operatori dell'équipe. Spetta allo psicologo anche la funzione di consulente verso le Agenzie che interfacciano col minore, prima fra tutte la Scuola ed i PLS. Ancora una volta importante ribadire quanto la condivisione del progetto, tanto nella fase di programmazione quanto in quella realizzativa, passi dal coinvolgimento attivo e responsabile della famiglia.

Raccomandazioni

Le diverse funzioni sopra elencate debbono essere esercitate nel rispetto delle indicazioni scientifiche di riferimento a partire dalla letteratura di settore, specifiche linee guida nazionali ed internazionali, raccomandazioni regionali.

Assodato il dato di ricerca che un intervento psicologico precoce, se non addirittura preventivo, appropriato e sostenibile riduce i costi economici e sociali nel medio e lungo periodo e, ancora più importante, riduce la disabilità e migliora la qualità della vita del minore e della sua famiglia anche prognosticamente, resta necessario documentare e formalizzare il contratto condiviso, l'andamento del percorso e l'esito del singolo progetto di cura.

Il governo delle interfacce e la definizione chiara di spazi e responsabilità fra le diverse istituzioni e realtà coinvolte nel progetto si pone come elemento chiave per una fluida risposta ai molteplici bisogni che ogni situazione presenta.

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

- LR 5 dicembre 2018 n. 19 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria"
- Raccomandazioni regionali allegato alla circolare n. 3 del 6 marzo 2018 della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare, "Psicopatologia dell'età evolutiva"

5.2 Età evolutiva e Clinica dell'Adolescenza

Il Piano Regionale Pluriennale per l'Adolescenza 2018/2020 rappresenta la volontà della Regione Emilia-Romagna di raccogliere in un coerente e rinnovato sistema di riferimento tutte le iniziative di programmazione dedicate alla popolazione adolescente, in continuità con le precedenti linee di indirizzo formulate nel 2013 all'interno del "Progetto Adolescenza".

Nella scheda di intervento n°3 del Piano si legge: "Prendersi cura della salute degli adolescenti non significa soltanto garantire il diritto alle prestazioni sanitarie ma richiede attenzione alle specificità dell'età, degli ambienti di vita, del ruolo della famiglia. L'attenzione alla specificità in adolescenza è fondamentale sia per i rapidi cambiamenti evolutivi che avvengono in un breve arco temporale, sia per la necessità di coinvolgere la famiglia nell'attuazione degli interventi, sia per la rilevanza e l'influenza degli ambienti di vita sugli adolescenti. Gli interventi devono essere mirati, tempestivi, specifici, condotti con un approccio transculturale e devono tener conto dei fattori protettivi e dei fattori di rischio presenti, della capacità supportiva della famiglia, delle risorse del contesto e utilizzare modalità di comunicazione appropriate".

La DGR n. 1722 del 06/11/2017 raccomanda l'apertura di "Spazi Giovani" in ciascun Distretto Sanitario della Regione e indica, tra le prestazioni da erogare e le aree di attività tipiche dello Spazio Giovani, l'attività di educazione alla salute rivolte a bambini e bambine e a ragazze e ragazzi delle scuole primarie e secondarie e agli adulti di riferimento e, all'interno della attività assistenziale rivolta al target 14 – 19 anni, il colloquio clinico psicologico per valutazione ed eventuale presa in carico terapeutica.

Le Raccomandazioni regionali n. 1 del 7/2/2017 "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" forniscono indicazioni alle Aziende sanitarie sugli interventi rivolti agli adolescenti che presentano fattori di rischio o disturbi psichici o del comportamento. Le Raccomandazioni richiamano la necessità di:

- organizzare percorsi di cura dedicati e ad accesso facilitato;
- garantire continuità e trasversalità tra promozione del benessere, prevenzione e trattamento;
- favorire la tempestività nel riconoscimento e nel trattamento dei fattori di rischio;
- aumentare le competenze specifiche degli operatori attraverso formazione dedicata;
- organizzazione interventi per gli adulti di riferimento.

Il documento si rivolge primariamente ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e agli Spazi Giovani dei Consultori, affinché riorganizzino gli interventi dedicati alla fascia d'età attraverso équipe di lavoro trasversali ai servizi e dando priorità agli interventi meno invasivi e integrati tra sanitario, sociale, educativo e le altre opportunità del territorio.

Competenza specifico professionale dello psicologo

L'ambito disciplinare della Psicologia Clinica e di Comunità offre un sapere indispensabile per la progettazione, l'attuazione e la valutazione di efficaci interventi di promozione della salute, prevenzione del disagio e cura rivolti agli adolescenti e agli adulti del contesto di vita (genitori, insegnanti, educatori). Offre altresì una consolidata competenza nella costruzione e manutenzione di reti tra soggetti (specialisti e istituzioni) che a diverso titolo lavorano per la tutela della salute degli adolescenti.

In particolare:

La Promozione della salute: per sua intrinseca vocazione, la Psicologia mira alla promozione del benessere delle persone. In età adolescenziale ciò comporta il sostegno ad una pluralità di azioni che spaziano dalla promozione della partecipazione dei giovani alla vita sociale e culturale del proprio territorio fino alla formazione degli adulti significativi, in particolare genitori e insegnanti, affinché acquisiscano la capacità di

riconoscere la natura e l'origine di uno stato transitorio di disagio dell'adolescente e siano in grado di offrire una relazione di ascolto, sostegno ed accompagnamento volto al suo superamento.

La Prevenzione: la Psicologia può altresì assumersi il compito dell'analisi, dello studio, della comprensione e della modifica dei comportamenti dannosi per la salute che gli adolescenti mettono in atto. Tali comportamenti devono essere ricondotti al loro specifico significato psicologico (identitario, emulativo, narcisistico, oppositivo) e devono essere oggetto di interventi informativi/educativi tempestivi, individuali o gruppal, che contrastino il perdurare della condotta a rischio.

La Cura: La consulenza e la presa in carico psicologica rispondono al bisogno degli adolescenti e delle loro famiglie di incontrare adulti competenti, di essere visti, ascoltati e compresi nella difficoltà e nella dimensione del proprio dolore emotivo e di essere aiutati a riorganizzare la speranza di una pronta ripresa del proprio percorso di crescita. La consulenza psicologica garantisce lo snodo del livello di cura degli adolescenti sulle due direttrici della stepped care, facilitando il riconoscimento e l'accompagnamento dell'adolescente con esordio psicopatologico ad un livello di cura specialistico idoneo (stepped care ascendente) o attivando le azioni/opportunità che, a livello territoriale, possono essere messe in campo a supporto della crescita positiva dell'adolescente (stepped care discendente).

Le Reti per l'Adolescenza: La psicologia può offrire uno sguardo complesso e di sistema mirato alla nascita e l'attuazione di percorsi integrati tra soggetti e istituzioni che si occupano di adolescenti, che possano favorire le interazioni, gli scambi, la collaborazione e il coordinamento tra diverse professionalità e competenze (educative, formative, sociali, sanitarie, ludico/aggregative, sportive e di volontariato) nelle varie declinazioni territoriali (distrettuali, aziendali, provinciali e comunali).

Raccomandazioni

In un quadro generale di tipo evolutivo, l'assolvimento dei compiti di sviluppo identitario tipici della fase adolescenziale può comportare la comparsa di sintomi ansioso-depressivi, di discontrollo delle emozioni e dei comportamenti, di fobie scolari e/o ritiro sociale o di uso di sostanze psicotrope, spesso rappresentando un primo segnale di difficoltà nel processo di maturazione. In altri casi invece, tali sintomi sono l'espressione di importanti psicopatologie (Disturbi dell'Umore, Disturbi Psicotici, Disturbi di Personalità). L'intervento psicologico e la possibilità di una valutazione diagnostica precoce sono gli elementi fondamentali per delineare il bilancio tra fattori protettivi e di rischio e realizzare i cambiamenti necessari alla ripresa del percorso evolutivo. Qualora poi questo intervento sia caratterizzato da facilità di accesso, gratuità e riservatezza risulterà essere un'opportunità più fruibile per gli adolescenti, che potranno apprezzare il valore di una relazione di aiuto ed essere più facilmente accompagnati nei servizi specialistici qualora lo necessitano.

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

- Indicazioni operative alle Aziende Sanitarie per la preservazione delle fertilità e la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e dei giovani adulti. DGR 1722/2017.
- Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti – Raccomandazioni Regionali. Circolare 1/2017 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.
- Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza: "Progetto Adolescenza". Delibera Giunta Regionale n 590/2013.

5.3 Coppia, famiglia, puerperio, gravidanza

La vita di coppia e riproduttiva costituisce un'area importante di attenzione orientata alla prevenzione, intercettazione precoce e trattamento di condizioni di disagio personale e relazionale ed a tutela della salute affettiva, sessuale e riproduttiva in particolare delle donne, delle coppie e delle giovani generazioni.

Le principali aree di intervento concernono:

- assistenza psicologica alla donna in gravidanza e nel puerperio offrendo consulenza, valutazione e trattamento psicologico, individuale, di gruppo o di coppia, nel rispetto delle diverse culture, con particolare attenzione all'intercettazione del malessere ed al trattamento dei disturbi emozionali perinatali materni;
- sostegno al ruolo genitoriale materno e paterno;
- attività di consulenza psicologica e sessuologica alla persona ed alla coppia nell'età fertile e post fertile con particolare attenzione alle problematiche caratterizzanti il ciclo di vita;
- offrire attraverso i programmi *Spazio Giovani* e *Spazio Giovani Adulti* un contesto di ascolto che favorisca l'intercettazione precoce del disagio, che sostenga gli adolescenti e i giovani durante la crescita e offra una consulenza psico educativa su tematiche relative alla sfera affettiva/sessuale, agli stili di vita, alla futura maternità consapevole ed ai rapporti di genere;
- offrire sostegno psicologico alle minorenni e donne adulte che intendono affrontare l'interruzione di gravidanza;
- contrastare la violenza di genere attraverso interventi fortemente integrati con la Rete territoriale (Comuni, Servizi, Centri Antiviolenza, Forze dell'Ordine) di prevenzione, educazione di genere, sostegno alle donne vittime di violenza, accompagnamento al cambiamento per uomini che hanno agito un comportamento violento all'interno di una relazione con la loro compagna.

Competenza specifico professionale dello psicologo

La competenza specifico professionale dello psicologo in questo ambito coniuga necessariamente competenze cliniche e di psicologia di comunità.

Le competenze cliniche si esplicano nel lavoro diretto con l'utente (individuo, coppia, famiglia e gruppo) e indiretto nella formazione e consulenza ad altri operatori.

In ambito clinico sono richieste capacità di analisi della domanda, formulazione del percorso/progetto di trattamento, colloqui anamnestici e psicodiagnostici, counseling e psicoterapia, capacità di effettuare screening e valutazione approfondita del disagio emotivo, relazionale, sessuale con particolare attenzione alle componenti multiculturali che caratterizzano la nostra società; in particolare individuare le dinamiche che caratterizzano le relazioni connotate da violenza fisica, psicologica, sessuale; operare una valutazione sistematica di esito degli interventi.

Le competenze in ambito di psicologia di comunità sono finalizzate alla programmazione di interventi di rete a valenza preventiva e/o psicoeducativa all'interno di reti multiprofessionali e multi istituzionali e nell'attuazione di interventi di consulenza ad altri operatori sanitari, sociali ed educativi e di promozione della salute rivolti a cittadini e/o fasce specifiche della popolazione.

Raccomandazioni

Gli interventi previsti in questa area di attività si collocano all'interno della *primary care* contraddistinta da protezione del benessere di comunità, prossimità ai bisogni dei cittadini, facilità di accesso diretto. Le prestazioni devono essere realizzate in un contesto fortemente integrato (socio-sanitario), non

stigmatizzante ed attento ai cambiamenti socioculturali e generazionali. I professionisti psicologi che operano in quest'area condividono un'attitudine al lavoro di rete e un orientamento tecnico-professionale che coniughi le competenze cliniche a quelle tipiche della psicologia di comunità.

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

- PNP 2020 – 2025
- Piano Regionale della Prevenzione 2015-2019
- Indicazioni operative alle Aziende Sanitarie per la preservazione della fertilità e la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e dei giovani adulti. DGR 1722/2017.
- Assistenza donne immigrate e i loro bambini. Decreto-legge 113/2018 e DGR 1722/2017 e Circolare esplicativa n. 12 del 15 dicembre 2017.
- Piano Regionale contro la violenza di genere. DGR 69/2016.
- Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere. LR 6/2014.
- Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere. DGR 1677/2013
- Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" Disposizioni in materia di assistenza sanitaria. Circolare Ministero della Sanità 5/2000.

5.4 Clinica del maltrattamento, abuso, affido e adozioni

La situazione delle famiglie negli ultimi decenni è stata caratterizzata da profonde modificazioni di ordine sociale e culturale, quali, solo per citarne alcune, la trasformazione dei ruoli parentali, delle modalità dell'esercizio delle funzioni genitoriali di cura ed educative, il mutamento nella conformazione e la pluralità di pattern relazionali all'interno dei contesti familiari.

Tali cambiamenti sono connessi a profondi processi di trasformazione a livello economico, sociale e culturale e hanno portato alla luce nuove forme di povertà e fragilità.

Tutto questo ha profondamente interrogato il sistema di Welfare e richiesto ai servizi sociosanitari di mettere in campo interventi di supporto alla genitorialità nelle situazioni caratterizzate da maggiore fragilità cercando di realizzare linee d'azione nei processi di accompagnamento o di recupero delle competenze genitoriali.

Il quadro normativo internazionale e nazionale indica in modo chiaro la priorità della prevenzione dell'allontanamento delle persone di minore età dal proprio ambito familiare e l'attivazione di interventi precoci di sostegno e di preservazione del legame parentale.

Il minore è diventato non solo oggetto di diritto ma soggetto di diritti ed in questo è cambiato il rapporto con i genitori che sono stati intesi non più come titolari di un potere ma esercenti di una responsabilità.

In tale contesto, la metodologia di lavoro dovrebbe sempre assumere i seguenti orientamenti:

- Presa in carico integrata che, in un'ottica preventiva, dovrà avvenire il più precocemente possibile
- anche nella fase di prevenzione primaria secondo il modello bio-psico-sociale.
- Valutazione della condizione di rischio sociale e sanitario secondo strumenti standardizzati. L'esito della valutazione deve orientare i professionisti coinvolti nella definizione delle priorità.

- Implementazione/qualificazione degli interventi proposti/rivolti alle famiglie d'origine, conseguenti a valutazione, diagnosi e prognosi psico-sociali.
- Manutenzione e cura costante della rete interistituzionale con particolare riferimento all'Autorità Giudiziaria e alle Istituzioni Scolastiche ed educative.

Competenza specifico professionale dello psicologo

La complessità degli interventi nell'area della tutela minori presuppone la necessità d'individuare professionisti dedicati, con comprovata esperienza e competenza e con la predisposizione al lavoro d'equipe. La clinical competence specialistica deve prevedere:

- Competenze di ascolto e sintonizzazione con il minore nelle diverse e pervasive forme di maltrattamento e abuso e con la famiglia in stato di vulnerabilità.
- Esperienza e competenza in psicopatologia dell'età evolutiva e nell'uso della testistica;
- Capacità di utilizzare strumenti osservativi e valutativi mirati e specifici ritenuti validi dalla comunità scientifica;
- Competenza nell'ambito del lavoro trasversale ed integrato sociosanitario, nella valutazione multidimensionale, soprattutto per i casi complessi. Questo profilo si riferisce ad una prestazione altamente qualificata.
- Valutazione del danno evolutivo ed elaborazione di un progetto riparativo, sia nei confronti del minore che delle figure genitoriali.

Raccomandazioni

La complessità e la delicatezza dell'intervento in questo ambito, rende necessario ancora più che in altri, la presenza di professionisti dedicati e inquadrati in modo stabile nell'organizzazione aziendale. Tali professionisti dovrebbero poter accedere ad un'attività di formazione continua e condivisa al fine di acquisire competenze specialistiche e strumenti validati ed omogenei.

A questo proposito, tra le indicazioni fornite dalla Commissione d'inchiesta regionale relativamente all'organizzazione del personale dei servizi tutela minori (in capo a Comuni o Unioni con la collaborazione delle Ausl) vi è quella di avere equipe territoriali formate da figure stabili di almeno un assistente sociale e uno psicologo (e, ove possibile, un educatore professionale), che - soprattutto se si occupano di casi di maltrattamento e abuso - abbiano già maturato esperienza in altri settori e un adeguato curriculum formativo. Una delle criticità rilevate, infatti, è che il personale non sempre è sufficiente a sostenere la complessità del sistema, interessato da un elevato turnover e da risorse a volte inadeguate. Tra le necessità evidenziate dalla vi è infine quella di attivare su tutto il territorio equipe di secondo livello multidisciplinari, specialistiche sull'abuso e il maltrattamento.

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

- Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell'infanzia e adolescenza raccomandazioni per gli operatori. Collana Maltrattamento e abuso sul minore I quaderni del professionista. Regione Emilia-Romagna, luglio 2020
- Presa d'atto della relazione finale della commissione tecnica per la individuazione di misure organizzative e procedurali appropriate nei procedimenti preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento dei minori dalle famiglie di origine. DGR 1899/2019
- Relazione finale della Commissione speciale d'inchiesta circa il sistema di tutela dei Minori nella regione Emilia-Romagna (Commissione istituita con delibera assembleare n. 215 del 27 luglio 2019)

- L'intervento con i bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva. Linee d'indirizzo Nazionali 21-12-2017.
- DGR 136/2016 Piano della Prevenzione 15-18: Scheda progetto 3.7 "maltrattamento ed abuso nei minori: prevenzione accoglienza e cura", Setting Comunità-Programmi Età Specifici: *"La Regione Emilia-Romagna da anni lavora in forma integrata con il territorio per il contrasto e la prevenzione della violenza contro le donne e i minori. In particolare, ha voluto garantire l'uniformità e l'adeguatezza dei percorsi rivolti a bambini e adolescenti attraverso specifiche "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso" adottate con D.G.R. n. 1677 novembre 2013. Tali linee definiscono le prassi appropriate per favorire la prevenzione, la rilevazione precoce del fenomeno ed il suo contrasto, attraverso percorsi sociosanitari integrati e definiti secondo criteri omologabili nelle varie realtà territoriali.*
- DGR 1102/2014 *Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni sociosanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento.* "Per garantire l'uniformità dei percorsi le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie promuovono gli accordi interistituzionali per la realizzazione di interventi sociosanitari a favore dei minorenni. Ulteriori accordi di carattere operativo potranno essere definiti a livello distrettuale". UVM minori con appositi specialisti (psicologi, assistenti sociali con individuazione del Responsabile del caso) Progetto Quadro.
- DGR 1106/2014 *"Modifiche ed integrazioni della DGR 1904/11", Parte I, paragrafo 5 Metodologia del lavoro integrato e Progetto Quadro.*
- *Legge n 173 del 19-10-2015 sulla continuità affettiva: nuove prospettive in tema di adozione e affidamento.*
- L. 219/12 e D.Lgs. 154/13, relativi all'ascolto del minore in tutti i procedimenti che lo riguardano; artt. 155 – 155 septies c.c., introdotti dalla L. 54/06 relativi al superiore interesse dei figli anche nelle situazioni di crisi tra i genitori;
- DGR n. 1677/2013 *"Adozione delle Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso"*, documento che nel definire le prassi appropriate per favorire la prevenzione, la rilevazione precoce del fenomeno ed il suo contrasto offre indicazioni operative complessive circa il percorso sociosanitario. In particolare, capitolo 5 "raccomandazioni in caso di maltrattamento e abuso" paragrafo 5.3.1 "raccomandazioni nella fase di attivazione della rete dei Servizi"
- DGR 1904/2011 *Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari* che "nel riconfigurare le modalità di tutela dei minorenni allontanati dalla loro famiglia o a rischio di allontanamento ed il sistema di accoglienza delle comunità educative e dell'affidamento familiare, ribadisce e rafforza la necessità della valutazione e presa in carico multidimensionale dei minori e del sostegno alle responsabilità genitoriali."
- Legge quadro 328/2000
- Premessa al Piano Sociale e Sanitario n 175 del 2008 "l'integrazione socio-sanitaria spinge ad un sistema di offerta prevalentemente basato sulle professionalità specialistiche ad un sistema di offerta caratterizzato dall'accompagnamento e dalla presa in carico in continuità della persona", definisce il livello istituzionale dell'integrazione che necessita di tradursi in ambito locale in protocolli tra Enti locali ed Agenzie sanitarie.
- La Legge Regionale 28 luglio 2008, n. 14 recante "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni" rappresenta la declinazione a livello di legislazione regionale dei principi fondamentali e degli istituti consacrati nelle Convenzioni internazionali e disciplinati nella normativa nazionale, disciplina in modo sistematico le politiche e le tematiche che riguardano l'infanzia, l'adolescenza e l'età giovanile, secondo cui la Regione opera per "la promozione e la diffusione di una cultura dell'infanzia e dell'adolescenza finalizzata al riconoscimento dei bambini e delle bambine come soggetti titolari di diritti".

Affido e adozione

Affido e adozione sono previste e regolamentate da norme nazionali, direttive e protocolli regionali. Inoltre, il lavoro degli operatori costituisce un supporto tecnico per le decisioni della Magistratura, con la quale è necessaria una interlocuzione costante.

Competenze specifico professionali dello psicologo

È particolarmente importante che gli psicologi che operano nell'ambito dell'adozione e dell'affido dispongano di un'attitudine ed interesse al lavoro di rete e presupposti teorici che uniscono le competenze cliniche a quelle tipiche della psicologia di comunità. Oltre a queste competenze, è necessario conoscere gli elementi della psicologia giuridica, in riferimento alle tematiche specifiche trattate. Il rapporto con il Tribunale rappresenta infatti un elemento costante con il quale è necessario operare, nella conoscenza e rispetto dei reciproci ruoli e compiti professionali.

In questo ambito specifico le attività a cui lo psicologo è chiamato sono:

- Valutazione relativa alla futura coppia genitoriale e all'andamento della fase post-adoztiva, con l'obiettivo di fornire in prima istanza al Tribunale per i Minorenni gli elementi per poter decidere sull'idoneità della coppia e, successivamente un aggiornamento del percorso.
- Attività clinica di sostegno rivolto alle singole famiglie ed ai gruppi dopo l'adozione/ affido.
- Attivazione/ manutenzione/ cura della rete degli operatori socio-sanitari coinvolti.
- Collaborazione con gli Enti Autorizzati per l'Adozione Internazionale e con l'Associazionismo familiare.
- Conduzione di attività di sensibilizzazione e formazione come iniziative pubbliche e corsi rivolti alle persone interessate.

Raccomandazioni

La interdisciplinarietà dovrebbe caratterizzare il lavoro tra psicologi e operatori sociali, la capacità di declinare la competenza psicologica specifica, nelle necessità del processo, a partire dal necessario sostegno alle famiglie adottive, affidatarie favorendo raccordi che potenziano il perseguimento degli obiettivi nei singoli ambiti. La cura del lavoro di rete e dei rapporti interistituzionali. La promozione ed il coinvolgimento attivo delle famiglie coinvolte, come risorsa e sostegno reciproco. Il sostegno ai bambini e alle loro famiglie (adoztive e affidatarie) deve poter proseguire nel tempo anche dopo l'arrivo dei bimbi, soprattutto in concomitanza di crisi e passaggi evolutivi.

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

- Sentenza della Corte Costituzionale n. 278/ 2013 e della Corte di Cassazione a Sezioni Unite n. 1946 del 25.01.2017 e sentenza della Corte di cassazione sez.1 n.6963 del 20/03/2018.
- Schema di protocollo in materia di adozione tra Regione Emilia-Romagna, Tribunale per i minorenni dell'Emilia-Romagna, Anci Emilia-Romagna, Ufficio scolastico regionale per l'Emilia-Romagna, Enti autorizzati all'adozione internazionale Associazioni di famiglie adottive e loro coordinamenti. DGR 817/2016.
- Modifica alla DGR 1495/2003 "Approvazione linee di indirizzo per le adozioni nazionali e internazionali, in regione Emilia-Romagna in attuazione del protocollo d'intesa di cui alla deliberazione del consiglio regionale 331/2002. Modifica della DGR 2080/2001". DGR 417/2016

- Modifiche urgenti alla DGR 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari" e successive modifiche". DGR 1153/2016.
- Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare. L. 173/2015.
- DGR 19 dicembre 2011, n. 1904 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari" integrato con le modifiche apportate dalla D.G.R. 14 luglio 2014, n. 1106 "Modifiche ed integrazioni alla DGR 19 dicembre 2011, n. 1904"
- Protocollo regionale di intesa in materia di adozione tra Regione Emilia-Romagna, Province, Enti titolari delle funzioni in materia di infanzia e adolescenza, Enti autorizzati di cui all'art. 39, C. 1, lettera C) della Legge 476/1998. DGR 1425/2004.
- L. 476/98 Adozione Internazionale; L.184/83 e successive modifiche L.149/2001 Adozione nazionale e Affidamento etero familiare.

5.5 Clinica dell'adulto

All'interno dei Servizi dell'Area Adulti, l'attività dello Psicologo si inserisce nell'organizzazione delle equipe multidisciplinari integrate e concorre, con la sua specificità professionale, alla realizzazione degli obiettivi generali e specifici dei servizi di afferenza.

I diversi ambiti e le aree di attività dello psicologo assumono caratteristica di trasversalità e di flessibilità e si declinano nelle diverse mission dei servizi. Oltre all'attività più specificatamente clinica, che nei diversi setting deve essere condotta secondo criteri di appropriatezza ed efficacia, lo psicologo si occupa di:

- pianificazione e programmazione tecnico professionale all'interno delle equipe e con i MMG su progetti e prodotti psicologici in raccordo con i Dipartimenti, rivolti al soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini cui tali servizi sono rivolti;
- monitoraggio dell'appropriatezza clinica ed organizzativa ed il conseguente raggiungimento dei benefici attesi nei diversi contesti istituzionali;
- valutazione degli esiti del trattamento psicoterapeutico (somministrazione sistematica e routinaria di strumento di valutazione di processo e di esito);
- partecipazione e impegno costante a progetti /convenzioni /accordi su tematiche di interesse specifico come nei Tavoli dei Piani per il Benessere e la Salute dove gli interventi psicologici sono integrati in percorsi sanitari e sociosanitari.

Competenza specifico professionale dello psicologo

La consultazione e il trattamento psicologico vengono indicate in numerose aree tematiche e d'intervento, in luoghi e contesti di cura differenti e con diversi livelli di intensità di trattamento. Questo modello di intervento ha efficacia nei casi di bisogni complessi con eziologia multifattoriale dove sono definite le procedure integrate tra tutti i servizi afferenti all'area dell'assistenza distrettuale.

I progetti e i percorsi clinici individuali o gruppalari possono essere combinati, effettuati con moduli di intervento concomitante e sequenziale e attuati in base a protocolli di intervento nei quali sono definiti i criteri di inclusione/esclusione al trattamento, la tipologia e l'intensità dell'intervento, le modalità di verifica del processo e dell'esito, gli indicatori di qualità e la comunicazione dei risultati alla persona e alla Dirigenza Sanitaria.

L'intervento nell'area adulti richiede coerenza tra Piano Formativo individuale e clinical competence nelle tre differenti aree: teorica, clinica e organizzativa. La formazione risponde alle necessità di acquisire

specifiche competenze individuate dalle raccomandazioni e dalla letteratura vigente.

Competenza professionale dello psicologo nell'area adulti si possono declinare come segue:

- valutazione e diagnosi psicologica attraverso l'utilizzo dell'osservazione clinica, del colloquio psicologico non strutturato, intervista strutturata e test psicodiagnostici;
- valutazioni psicodiagnostiche a fini istituzionali;
- percorsi di intervento dedicati alla persona: sostegno psicologico e psicoterapia (individuale, di coppia, familiare e gruppal);
- specifici interventi evidence-based previsti da percorsi aziendali (paziente all'esordio psicotico, disturbi del comportamento alimentare, gravi disturbi di personalità);
- presa in cura di secondo livello: interventi psicoterapici appropriati ed efficaci per specifiche psicopatologie ed indicati nella letteratura scientifica vigente;
- partecipazione a tavoli integrati sociosanitari per la valutazione multiprofessionale all'interno di specifici percorsi riabilitativi (ETI);
- valutazione degli esiti dei percorsi psicoterapeutici e di sostegno (misure di outcome), tramite l'ausilio di specifiche scale e questionari standardizzati;
- attività di ricerca e innovazione;
- progettazione e realizzazione di attività formativa come costante aggiornamento della propria competenza professionale;
- supervisione agli operatori e alle equipe mono e multidisciplinari.

Raccomandazioni

La competenza dello psicologo in area adulti è caratterizzata dalla trasversalità degli interventi clinici, psicodiagnostici e psicoterapeutici nelle varie configurazioni psicopatologiche.

L'intervento dello psicologo ha un ruolo particolarmente significativo nei processi terapeutici in cui viene erogata una risposta ad una domanda specialistica e definita dei bisogni di salute dei singoli cittadini e delle Istituzioni, per collaborazioni in ambito preventivo e socioassistenziale.

La Psicologia clinica viene quindi coinvolta quale disciplina specialistica che agisce sull'individuo, in ambito familiare, nei gruppi e nella comunità, nelle sue dimensioni relazionale e affettiva.

L'intervento sulla popolazione adulta si rivolge anche ad un ampio ventaglio di problematiche, che possono comprendere sintomatologie di tipo depressivo, ansioso, reazioni da stress lavoro correlato, reazioni da stress a seguito di passaggi cruciali della vita, di abbandoni, di lutti.

Per offrire una risposta appropriata a tali bisogni, si rende necessaria una organizzazione dei Servizi di Psicologia che preveda uno sviluppo del servizio territoriale su due livelli, da un lato contribuisce a definire le priorità tra i bisogni psicologici rilevati ed il fabbisogno di personale, dall'altro identifica con gli altri servizi le risposte più appropriate a tali bisogni.

Il vantaggio che offre una equipe territoriale di Psicologia Clinica trasversale ai servizi è di potere governare le specificità dell'intervento, applicando precise linee guida da cui derivano percorsi di trattamento sufficientemente flessibili, mantenendo le proposte d'intervento costantemente in sintonia con i mutamenti dei contesti.

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

- Patto per la Salute 2019-2021
- Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2013-2020

- Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d’iniziativa. DGR 2128/2016.
- Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria. Legge regionale 19/2018.
- Parere sulla diagnosi psicologica e psicopatologica. Documento redatto dal gruppo di lavoro “Atti Tipici” del CNOP, 2009.

5.6 Clinica dell’invecchiamento

La Psicologia dell'Invecchiamento si occupa sia dei problemi psicologici della persona che evolve nella vita, sia del processo di invecchiamento da un punto di vista neuropsicologico. Ad oggi l'Italia è il secondo Paese al mondo per longevità, con il 21,4% di over 65 e il 6,4% di over 80, preceduto soltanto dal Giappone. I dati ministeriali disponibili evidenziano che la quota percentuale di persone over 65 sta aumentando e si prospetta uno scenario in cui entro il 2050, 1 su 5 persone al mondo sarà oltre i 60 anni. Si tratta di un fenomeno unico nella storia dell'umanità di notevole rilevanza per le conseguenze che ciò induce nella organizzazione di servizi alla salute ed alla persona. La società è *youth-oriented* e incoraggia nei confronti dell'invecchiamento e dell'età avanzata dei pregiudizi legati all'indisponibilità al cambiamento e alla rigidità. La comunità scientifica negli ultimi anni si fa portatrice di una prospettiva differente, che vede il processo di invecchiamento come caratterizzato da un'enorme variabilità: invecchiare è un compito evolutivo, non è una malattia di per sé.

La Psicologia dell'Invecchiamento rappresenta dunque un capitolo di grande rilevanza, in quanto ha l'obiettivo di descrivere i mutamenti cognitivi, affettivi, relazionali e comportamentali di questa fase della vita. I contributi neuroscientifici, il *neuroimaging* in particolare, e i nuovi sistemi di valutazione diagnostica funzionale di area clinico-psicologica, quali il PDM-2, permettono di identificare e descrivere tali cambiamenti e di discriminare la fisiologia dell'invecchiamento da eventuali patologie che debbono, come le malattie degenerative, essere trattate ad hoc. Benché non esistano specifici parametri biologici o psicologici che possano essere utilizzati per definire il concetto di “anziano”, il recente studio epidemiologico sui disturbi mentali negli anziani condotto negli USA da Reynolds, Pietrzak, El-Gabalawy et al., 2015 propone una suddivisione della popolazione in 4 gruppi: *young-old* (55-64 anni), *middle-old* (65-74 anni), *old-old* (75-84 anni) e *oldest-old* (over 84).

L’invecchiamento come processo dinamico che appartiene ad un ampio continuum evolutivo che abbraccia tutto l’arco di vita. Allo stesso modo in cui gli individui giovani devono affrontare compiti evolutivi legati ai mutamenti biologici psicologici e sociali, così gli adulti e i grandi adulti devono confrontarsi con cambiamenti e transizioni importanti come il pensionamento, cambiamenti nelle relazioni familiari e di coppia. L'invecchiamento è da intendersi come una fase, che deve essere analizzata sulla base dello sviluppo della personalità pregressa, che includa criteri di analisi evolutiva. Contrariamente a ciò che si ritiene comunemente, l'invecchiamento è in genere associato a effetti positivi che riguardano le capacità emotive e la salute mentale, compreso un incremento della capacità di vivere la propria vita in modo soddisfacente e denso di significato.

Nella persona che invecchia è possibile un cambiamento perché esiste una neuroplasticità, che rende conto della possibilità di riorganizzazione e ricalibratura dei sistemi di apprendimento cognitivo: il graduale declino del funzionamento può essere compensato da diversi processi di arricchimento, integrazione e ulteriore approfondimento del proprio senso di identità e della propria narrativa autobiografica. Quando si parla dello sviluppo della “personalità senile” non si dovrebbe pensare solamente al declino delle risorse psicofisiche dell'anziano, con tutti i cambiamenti comportamentali, emotivi e mentali ad esso associati, ma anche all'emergere di un nuovo modo di vivere, con abitudini, ruoli, interessi e modalità relazionali diverse.

La condizione di invecchiamento è quindi caratterizzata da un insieme di esperienze che salvaguardano le persone anziane dalla tristezza, dall'ansia e dall'isolamento sociale, tutti aspetti molto comuni in questa fase del ciclo di vita. In sintesi, la valutazione del funzionamento mentale della persona che invecchia richiede una diagnosi differenziale tra i seguenti aspetti:

- capacità mentali ottimali, preservate nonostante il processo di invecchiamento
- capacità mentali compromesse dal processo di invecchiamento
- capacità mentali compromesse o di basso livello che riflettono la storia evolutiva dell'individuo e sulle quali il processo di invecchiamento non ha esercitato una particolare influenza.

È da tenere in considerazione che il processo di invecchiamento può costituire di per sé un potenziale fattore di stress, poiché l'adattamento in sottrazione di funzioni può determinare risposte adattative differenti, a seconda dell'organizzazione personale e delle acquisizioni di vita raggiunte. Il pensionamento, soprattutto quando imposto, la morte di persone care, l'esperienza dell'ingresso in strutture residenziali, esperienze potenzialmente traumatiche come quella della pandemia da Covid19 possono comportare una sofferenza aggiuntiva che va ascoltata.

La valutazione del funzionamento mentale negli individui sopra i 70 anni richiede una particolare attenzione dell'interazione reciproca tra fattori biologici, psicologici e sociali, inoltre la probabilità di malattia somatica è senza dubbio maggiore rispetto a quella delle altre fasi del ciclo di vita. La patologia somatica spesso è vista dalla persona anziana come qualcosa di intrinseco al processo di invecchiamento ed è in rapporto all'atteggiamento di rassegnazione e al cambiamento della rappresentazione della morte, che può essere immaginata come relativamente più vicina nel tempo. Un'accurata ricostruzione patobiografica è un passaggio propedeutico allo sviluppo di un setting valutativo. Esiste una circolarità tra il processo dell'invecchiamento ed eventuali disturbi della personalità. I disturbi della personalità influenzano sempre il processo di invecchiamento. Come precisato nelle linee guida APA per l'efficacia della psicoterapia, si sottolinea che non vi è più un limite di età per intraprendere trattamenti psicoterapeutici, in quanto, sulla base dei dati neuroscientifici relativi alla presenza di una intrinseca neuroplasticità, sappiamo che è possibile apprendere dall'esperienza fino alla fine della vita.

Raccomandazioni

La predisposizione di Servizi alla persona rivolta a queste fasce di età potrà essere da considerare nell'ambito della programmazione sanitaria dei Servizi di Psicologia afferenti sia all'area territoriale che ospedaliera, in forte integrazione con i percorsi afferenti all'area della Psicologia di Comunità

6. RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE: AREE TEMATICHE INERENTI ALLA PSICOLOGIA DELLA SALUTE

6.1 Psicologia nell'assistenza primaria

L'evolversi delle problematiche legate alla salute, aggravate dalla crisi pandemica in corso, ha portato a mettere sempre di più l'accento sul potenziamento dell'assistenza territoriale come primo e più immediato presidio per le azioni di prevenzione e promozione della salute e quelle di cura ed assistenza. Esiste oggi, in tutto il mondo, una forte esigenza di incrementare la cura a livello primario. In questo ambito la partecipazione dello psicologo è ampiamente riconoscibile e riconosciuta.

L'applicazione dell'approccio biopsicosociale impone una revisione dei modelli di valutazione e cura che, sin dalle prime fasi, rifiutino la suddivisione fra psiche e soma e considerino, invece, la persona nel suo insieme. È poco efficace fornire e ricevere risposte non adeguate alla visione unitaria della persona che insistano solo su uno degli elementi costituenti la condizione di salute.

Le difficoltà di accesso alle prestazioni psicologiche per la popolazione adulta, già riscontrate nel documento 2013 e l'eterogeneità organizzativa tra le diverse Aziende Sanitarie non rappresentano solamente un problema di equità nell'accesso alle cure ma presentano anche il forte rischio di esitare in prestazioni caratterizzate da mancata appropriatezza per due opposte ragioni: da un lato può essere scotomizzata, o non adeguatamente vagliata, la componente psicologica del bisogno di salute portato dal cittadino, che quindi non trova risposta alla sue necessità; dall'altro la stessa componente psicologica può essere eccessivamente considerata, portando ad una risposta sproporzionata da parte del sistema sanitario.

In diverse Ausl della nostra Regione esistono modelli di intervento, che dopo una prima fase di sperimentazione, si sono trasformati in proposte strutturate, sebbene non diffuse in modo equo e capillare sul territorio.

In modo abbastanza convergente tali esperienze si ispirano al "Progetto Regionale Giuseppe Leggeri" ampliando tuttavia il target di riferimento oltre la cosiddetta *psichiatria minore*, comprendendo un range di condizioni più ampie con risposte/offerte che possano intercettare e coprire tutte quelle situazioni in cui l'intreccio tra la vulnerabilità biologica, il vissuto personale e le situazioni contingenti di vita incidano sullo stato di salute del cittadino, riducendone la qualità della vita, l'integrazione sociale e la produttività.

Tali esperienze identificano nelle Case della Salute il setting ideale per proporre una presenza integrata dello Psicologo con il livello dell'assistenza primaria (in stretta connessione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta) e con il livello specialistico.

Le oramai diverse esperienze a livello nazionale che vedono uno stretto connubio tra mmg/pls e psicologo (Solano e al. 2003, 2010, 2011)³ mettono in evidenza, infatti, vantaggi concreti quali la possibilità di:

- favorire il processo attraverso il quale i cittadini acquisiscono maggiore controllo sulle decisioni e le azioni che riguardano la propria salute (empowerment individuale e di comunità);
- intervenire precocemente e in termini preventivi, prima di una eventuale strutturazione psicopatologica;
- favorire un orientamento e quindi un trattamento appropriato nei servizi specialistici;
- la riduzione dei costi (diretti ed indiretti) per spesso inutili approfondimenti diagnostici.

³ Solano L., (2011) Offrire risposte dove emerge la domanda: uno psicologo di base nello studio del medico di medicina generale. La Professione di Psicologo. Solano L., Pirrotta E., Boschi A., Cappelloni A. D'Angelo D. Pandolfi ML (2010) Medico di famiglia e psicologo insieme nello studio: un nuovo modello gestionale dove il sintomo diventa attivatore di risorse? Italian Journal of Primary care, 2.

Un'attività di Psicologia collocata in una stretta interfaccia multiprofessionale, all'interno delle Case della Salute o dei Nuclei di Cure Primarie, può rappresentare quindi il punto di sintesi tra componente clinica, della salute e di comunità propria delle stesse Case della Salute. In questo senso verrebbe valorizzata anche la possibilità di:

- sensibilizzare la popolazione ai temi del disagio psicologico quale fattore di rischio;
- promuovere interventi volti all'assunzione di stili di vita salutari; favorire interventi precoci;
- favorire la partecipazione di altri agenti della rete curante quali le associazioni di utenti competenti e self help.
- favorire una migliore integrazione multidisciplinare con altre figure sociosanitarie e attori del territorio, svolgendo un ruolo di raccordo e facilitazione

Tutto questo diventa ancora più importante a seguito della pandemia in corso. Nella fase acuta, il dilagare del Covid19 ha messo fortemente sotto stress il sistema dell'emergenza/urgenza ed ha imposto la necessità di strutturare risposte rapide ad una domanda di supporto psicologico contingente e cogente. Le fasi post acute della pandemia stanno già portando con sé l'aumento di forme di disagio conseguenti a quanto vissuto, in termini di esperienze stressanti o traumatiche ed alle ripercussioni sulla vita socioeconomica delle persone. In questo frangente diventa quindi ancora più urgente diffondere forme appropriate di risposta di carattere preventivo, di promozione delle risorse di resilienza dei singoli e dei gruppi sociali, di interventi focali sulle forme di disagio reattivo, diversamente costruite per popolazioni target.

A questo proposito l'OMS riconosce la rete internazionale HPH (Health and Promoting Hospitals and Health Services) che auspica la messa in campo di azioni a livello comunitario in continuità con le strutture ospedaliere che possano rafforzare la coesione sociale, promuovere la solidarietà, ridurre il senso di isolamento e solitudine e favorire le abilità di coping nei confronti della propria e altrui salute. Invita i servizi a mettere in campo strategie, forti anche delle nuove possibilità offerte dalla tecnologia, per supportare i gruppi più vulnerabili come anziani, bambini e adolescenti, i lavoratori in prima linea, coloro che hanno subito lutti e che non hanno avuto il tempo e le condizioni per elaborarli. Si tratta di un approccio trasversale che vede nella psicologia della salute e di comunità riferimenti teorici solidi e importanti che potrebbero orientare la costruzione di percorsi sanitari innovativi centrati sulla persona nella sua interezza piuttosto che sui sintomi.

Competenza specifico professionale dello Psicologo

Operare in questo ambito è particolarmente complesso in quanto la varietà e l'ecletticità delle richieste di salute portata dal cittadino è estremamente ampia disponendosi su di un continuum di crescente carico di complessità clinica e gravosità sociale con impatto da minimo a totalizzante sui livelli di salute, di qualità di vita, di produttività, dei costi sociali diretti ed indiretti del cittadino e dei familiari/prestatori di cura. Le risorse sono solitamente scarse, il tempo a disposizione è limitato e la capacità di valutare e intervenire con prassi psicologiche in modo adeguato e qualitativamente elevato si rivela una competenza cruciale. E' fondamentale inoltre una buona conoscenza del territorio in cui si opera nonché una dettagliata conoscenza dei percorsi clinici di secondo livello presenti nella rete dei Servizi al fine di orientare ed accompagnare l'utenza in modo mirato ed appropriato rispetto all'offerta sanitaria e sociale garantendo la continuità delle cure e della presa in carico laddove necessario. Per tali motivi, i professionisti che operano in questo settore devono possedere competenze psicoterapeutiche, di psicologia della salute e di comunità oltre che conoscere la realtà organizzativa all'interno delle quali operano, anche dal punto di vista del capitale sociale in essa esistente. Più nello specifico:

- capacità di leggere e identificare la domanda complessa del paziente/familiare/caregiver nelle sue diverse articolazioni (biopsicosociale) così come i fattori di vulnerabilità e protettivi;

- capacità di costruire un percorso di intervento a stadiazione (stepped care) per ogni area di disagio individuata con invii appropriati alla rete dei servizi di secondo livello;
- competenze nel lavoro di prossimità e nella strutturazione di interventi precoci integrati;
- competenze in progettazione, implementazione, monitoraggio e valutazione nell'area del lavoro di comunità.

Fanno parte delle attività specifiche di questo ambito:

- Valutazione e consulenza breve focale su richiesta dei MMG/PLS e altri professionisti della rete territoriale (sia di area sociale che educativa) per target di cittadini nei quali si manifesti una condizione di disagio reattivo a condizioni cliniche generali a particolari eventi di vita o per i quali la condizione psicologica sembri incidere significativamente sulle condizioni di salute complessiva;
- Invio ed accompagnamento ai servizi specialistici per percorsi clinici di secondo livello (CSM, DP, NPIA, Consultorio, CDCD, Servizi per la disabilità, percorsi ospedalieri) delle situazioni a valenza più spiccatamente psicopatologica che richiedano un intervento dedicato;
- Interventi di raccordo con la rete territoriale dei servizi sociosanitari, partecipazione alla rete specialistica multidisciplinare nell'ambito della cronicità, per il sostegno al paziente, alla famiglia e nella gestione della comunicazione/relazione;
- Conduzione di interventi gruppalı psicoeducativi, avvio/facilitazione gruppi di auto mutuo aiuto;
- Collaborazione alla conduzione di interventi di prevenzione e promozione della salute psicologica rivolti alla comunità (es. scuola, associazioni del volontariato, altre istituzioni locali ecc.);
- Interventi psicologici a supporto dell'attività del personale sanitario della Case della salute (eventuale supporto nella gestione della comunicazione con pazienti difficili);
- Favorire il coinvolgimento dei cittadini nella definizione dei bisogni di salute e nella loro elaborazione;
- Supportare/sostenere/formare i cittadini nella autogestione delle malattie croniche (compliance, stili di vita...) e valorizzare la loro esperienza e conoscenza al riguardo;
- Valorizzazione del capitale sociale tramite azioni di promozione, coordinamento, co-progettazione, raccordo con le associazioni di utenti competenti e gruppi di self-help, in un'ottica di empowerment individuale e di comunità.
- Attività di formazione con MMG/PLS e altri professionisti della rete dei servizi territoriali.

Raccomandazioni

L'applicazione di quanto fino qui enunciato richiede la volontà di perseguire con maggiore convinzione la strada dell'innovazione, superando un'impostazione meramente prestazionale della salute. Lo psicologo che opera in questo ambito necessita di un mandato chiaro, l'inserimento in un contesto organizzativo esplicito all'interno delle Unità di Cure Primarie, necessariamente in contesti multiprofessionali integrati, come le Case della Salute ed i Nuclei di Cure Primarie, un raccordo stabile con i Servizi di secondo Livello della Salute Mentale, dei Consultori e delle strutture ospedaliere.

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

- WHO. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Geneva: World Health Organization; 2020. (WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1) www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf
- Istituto Superiore di Sanità Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

- Legge dello Stato 17/07/2020 n. 77 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (Decreto Rilancio)
- DL 30 aprile 2019, n.35 (Decreto Calabria)
- L.R. 5 dicembre 2018, n. 19, Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria
- Nuovo patto per la salute 2019-2021 – Ministero della Salute
- Piano attuativo Salute Mentale 2009-2011 Regione E.R
- Verso il nuovo piano sociale e sanitario. Documento di lavoro Regione E.R. maggio 2016
- DGR n. 2128/2016, Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa
- I programmi integrati di intervento nelle Case della salute, Regione Emilia-Romagna 2014
- DGR 291/2010 Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale.

6.2 Disabilità e cronicità

Le patologie ad andamento cronico che producono stati di disabilità a seguito di eventi traumatici o di malattie a carattere degenerativo o neurodegenerativo correlate o meno all'avanzare dell'età, costituiscono aree di intervento di accresciuta attenzione per il carattere epidemiologico che hanno assunto nelle società contemporanee in relazione alla modifica degli stili di vita ed al progressivo invecchiamento della popolazione. Il *Piano Nazionale Cronicità*, emanato nel 2017, individua alcuni elementi trasversali nella gestione delle diverse condizioni croniche:

- la personalizzazione degli interventi che necessitano di essere declinati con attenzione alle condizioni reali di ogni singolo paziente, dei suoi bisogni e delle sue motivazioni;
- il coinvolgimento attivo ed integrato del paziente, dei famigliari, delle equipe professionali nella costruzione condivisa delle scelte di vita e di cura;
- la continuità assistenziale attraverso i diversi contesti di cura sostenendo in particolar modo la domiciliarità e l'inclusione sociale nel contesto comunitario.

Competenza specifico professionale dello Psicologo

Nel settore emerge la necessità di includere competenze sia cliniche che neuropsicologiche. Gli interventi di natura clinica e di counseling, di supporto emotivo e di valutazione globale dell'assetto di funzionamento intrapsichico ed interpersonale sono intrecciati con la valutazione delle abilità residue da effettuare in stretta sinergia con i medici specialisti (fisiatra, neurologo, ecc.) e con i tecnici della riabilitazione (logopedista, terapeuta occupazionale, fisioterapista) al fine della stesura dei piani di intervento riabilitativo.

Le tre sotto-aree nelle quali sia le attività dello psicologo clinico vengono declinate sono:

- la disabilità congenita adulta/anziana – dall'età evolutiva o psichiatria
- le patologie della terza età– cronicità con ricadute psicologiche e cognitive
- la disabilità gravissima (gracer- sla - sm - malattie neurodegenerative)

In particolare, va garantita la possibilità di realizzare:

- interventi nell'area della prevenzione e modifica degli stili di vita rivolti a target specifici di popolazione, orientati all'intercettazione precoce ed alla motivazione al trattamento;
- approfondimenti diagnostici multidimensionali con particolare riferimento alle aree del funzionamento cognitivo e sociale, all'adattamento emotivo e comportamentale;

- valutazione dell'impatto delle condizioni di malattia sulla qualità della vita della persona e del nucleo familiare e dello stress del caregiver;
- valutazioni dei bisogni e delle motivazioni espresse dal paziente e dei suoi familiari in una prospettiva di partecipazione attiva alla stesura dei piani assistenziali e di vita;
- progettazione, conduzione e/o supervisione di interventi di comunità, psicoeducativi, supportivi, terapeutici focali, riabilitativi e di inclusione sociale realizzati direttamente dai Servizi Sanitari o in collaborazione con la rete assistenziale sociale e del volontariato.
- supporto emotivo, counseling, psicoterapia dell'individuo e della famiglia in merito specificatamente all'accettazione dello stato di malattia e delle perdite funzionali (lutto);
- supporto specifico all'individuo ed alla famiglia ove vengano espresse Direttive Anticipate di Trattamento e accompagnamento nelle patologie end stage;
- supporto psicologico e formazione agli operatori sanitari dedicati che operano e sono coinvolti nella gestione di percorsi terapeutici ad alto impatto traumatico nella gestione (frequenti comunicazioni di diagnosi infauste, gestione del distress, accompagnamento al fine vita).

Raccomandazioni

Elementi qualificanti dei percorsi sono costituiti dalla forte integrazione a livello interprofessionale ed interistituzionale che consenta di garantire la co-progettazione degli interventi lungo le dimensioni dell'empowerment e della inclusione comunitaria. A questo si aggiunge la necessità di un'organizzazione che preveda il raccordo fra interventi ospedalieri e territoriali a garanzia della continuità e coerenza della presa in carico.

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

- DGR n. 159/2019 Percorso diagnostico terapeutico assistenziale nelle demenze, Regione Emilia-Romagna.
- Quaderno CNOP 2019, Il Ruolo dello Psicologo nel Piano Nazionale della Cronicità.
- DGR n. 2128 / 2016 Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa, regione Emilia-Romagna.
- Piano Nazionale Cronicità, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, Ministero della Salute, 2016.
- DGR n. 99 /2016 Aggiornamento del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) e recepimento del "Piano Nazionale Demenze", Regione Emilia-Romagna.
- Legge 22 dicembre 2017, n.219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (in particolare art.4: Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.).
- DGR 1134/2015 "Approvazione documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata alla persona con sclerosi multipla (SM) in Emilia Romagna".
- L.R. n. 2, Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presenta volontariamente cura ed assistenza), 2014.
- Del. att. n. 858 Linee attuative Legge Regionale n.2/2014 "Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza)" del 2017
- Linee Guida Regionali Emilia-Romagna (2012) - Assessorato Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Sanità e Politiche sociali - Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)
- Ministero della Salute Libro bianco sugli stati vegetativi e di minima coscienza a cura del Seminario permanente sugli stati vegetativi e di minima coscienza 2008
- DGR N. 2068/2004 (e circolari applicative) Il sistema integrato di interventi sanitari e socioassistenziali a favore di persone con gravissima disabilità acquisita

6.3 Psicologia ospedaliera

Le Unità di Psicologia Ospedaliera si configurano come strutture a cui competono, in accordo con le linee programmatiche dell'Azienda Sanitaria (AUSL, IRCCS o Ospedaliera/universitaria) in cui sono inserite, la programmazione, la gestione e la promozione delle attività diagnostica, terapeutica, riabilitativa sia in ambito clinico che organizzativo e svolgono attività didattiche e formative e di ricerca psicologica in ambito sanitario in collaborazione con le Unità e i Dipartimenti Ospedalieri e le Università.

Tale approccio è riconosciuto dalla rete internazionale HPH (Health and Promoting Hospitals and Health Services - OMS) che si pone lo scopo di includere i concetti, i valori e gli standard di promozione della salute nella struttura organizzativa e nella cultura dell'ospedale, a beneficio del personale, dei pazienti e dei loro congiunti e sostenendo un ambiente sano. Dai dati di letteratura scientifica si evidenzia come l'intervento psicologico integrato nei percorsi di cura produce modifiche significative sull'aderenza alle terapie, migliorando la salute globale e la qualità di vita. Le evidenze sono riferite inoltre ad ulteriori obiettivi quali: rendere più efficace il lavoro nelle e delle unità operative ospedaliere, evidenziare gli snodi dell'adozione ed applicazione delle procedure cliniche, favorire presso gli operatori delle medesime unità, la conoscenza dei diversi livelli (strutturale, organizzativo, affettivo, fantasmatico) del proprio contesto di lavoro, nonché aiutare i malati e le loro famiglie con interventi mirati. Rientra nel modello sanitario regionale, che valorizza le reti ed il rapporto con le istituzioni esterne per percorsi in continuità terapeutica Ospedale-Territorio e con le Associazioni, in ottemperanza alla Circolare N.14/2013, Regione Emilia-Romagna. La psicologia in ospedale opera per l'integrazione e l'umanizzazione a favore delle persone ricoverate, dei loro familiari/caregiver e del personale sanitario all'interno di un campo istituzionale saturo di esperienze traumatiche e traumatizzanti.

La ricognizione effettuata in ambito nazionale evidenzia all'oggi uno scarso numero di psicologi ospedalieri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (statistica a cura del Ministero della Salute 2013 su dati raccolti nel 2010, senza IRCS e strutture accreditate: 1238 psicologi dipendenti tp). Tale rilievo trova isomorfismo con i dati regionali raccolti sia per quello che riguarda le Ausl che le Aziende ospedaliere e alcuni IRCCS inclusi nella rilevazione.

La tabella 4 evidenzia il personale psicologo delle Ausl impiegato nel contesto ospedaliero. Dei circa 82 professionisti, il 74% ha un contratto dipendente a tempo indeterminato. Il restante 26% non è invece strutturato. Il dato complessivo regionale delle UE di psicologo inserite in contesto ospedaliero è di 63,8 UE che rappresentano circa il 10% dei tempi persona equivalenti totali. Per quel che riguarda le differenze tra le Aziende, i dati sulle UE di psicologo in ospedale sono eterogenei e difficilmente comparabili. Spicca il dato delle 16,4 UE di psicologi in ambito ospedaliero dell'Ausl di Reggio Emilia, in cui è confluita recentemente L'Azienda Ospedaliera - IRCCS Arcispedale S. Maria Nuova (ASMN) che svolge funzione di centro Hub dei 6 ospedali della provincia di Reggio Emilia. L'ASL di Ferrara non dispone al momento personale psicologo dedicato al Presidio Ospedaliero (che in questo caso aggrega funzionalmente i 3 Ospedali di Argenta, Cento e Ligosanto).

La UOC di Psicologia Ospedaliera dell'Ausl di Bologna, costituita nel 2003, composta attualmente da 11 Dirigenti Psicologi ed uno Psicologo Borsista, dedicati esclusivamente all'ospedale, rappresenta anche un riferimento di esperienza, considerata l'esiguità di UOC di Psicologia Ospedaliera presenti sul territorio nazionale. Storicamente interviene sulle seguenti aree: oncologia, Diabetologia e Nutrizione clinica, Bariatrica, Riabilitazione cardiologica, Neurologia, Disturbi cognitivi, Medicina Fisica e riabilitativa, Area Dialisi ed Emergenza, Rete delle cure palliative adulti e pediatriche.

Nell'Ausl Romagna sono presenti 13 professionisti ospedalieri, tutti a tempo pieno, di cui tre a tempo determinato e 10 a tempo indeterminato. Si tratta di una stima per difetto dato che diversi professionisti che lavorano nelle Medicine riabilitative e Geriatriche, pur erogando la loro prestazione in setting ospedaliero afferiscono al DCP e quindi sono stati "conteggiati" nella psicologia cosiddetta territoriale (vedi tabelle in appendice).

L'ultima colonna esprime il rapporto percentuale tra le UE totali di psicologo e quelle dedicate al contesto ospedaliero. A Reggio Emilia il 18,6% delle Ue totali sono dedicate all'ospedale, seguono Bologna e Imola rispettivamente con 16,2% e 14,6%.

Tab 4

	Totale psicologi	Totale UE	Totale psicologi ospedalieri	Psicologi dipendenti (tempo indet e det)	Psicologi libero prof e altro	Totale UE in ospedale	% UE in ospedale su UE totali
AUSL Piacenza	72	51,7	8	3	5	4	7,7
AUSL Parma	66	55,1	3	3	0	3,2	5,8
AUSL Reggio Emilia	101	88,1	22	20	2	16,4	18,6
AUSL Modena	113	99,2	4	4	0	3,8	3,8
AUSL Bologna	166	126	29	15	14	20,4	16,2
AUSL Imola	24	20,6	3	3	0	3	14,6
AUSL Ferrara	55	46	0	0	0	0	0,0
AUSL Romagna	171	168,4	13	13	0	13	7,7
TOTALE Regione ER	768	655,1	82	61	21	63,8	9,7

La tabella 5 prende in esame anche il personale psicologo delle Aziende Ospedaliere Universitarie e IRSST.

Tab 5

	Psicologi ospedalieri	Psicologi dipendenti (tempo indet e det)	Psicologi libero prof e altro	UE	Totale UE psicologia ospedaliera ogni 100mila ab
AUSL Piacenza	8	3	5	4	1,4
AUSL Parma	3	3	0	3,2	1,7
AOU di Parma	8	0	8	4,3	
AUSL Reggio Emilia	22	20	2	16,4	3,1
AUSL Modena	4	4	0	3,8	2,5
AOU Policlinico di Modena	14	12	2	13,4	
AUSL Bologna	29	15	14	20,4	3,5
AOU S.Orsola Malpighi	11	1	10	11	
AUSL Imola	3	3	0	3	2,2
AUSL Ferrara	0	0	0	0	1,4
AOU S. Anna di Ferrara	9	1	8	5	
AUSL Romagna	13	13	0	13	1,5
IRST Meldola	6	6	0	3,8	
TOTALE REGIONE ER	130	81	49	97	2,2

Pur non essendo esaustiva, la rilevazione permette di fare una stima per difetto delle Unità Equivalenti di professionista psicologo impegnate in ambito ospedaliero, che a livello regionale corrispondono al valore di 2,2 (poco più di due tempi pieni) ogni 100mila abitanti.

Gli aspetti organizzativi sono evidenziati nella tabella 6 da cui risulta chiaramente ancora un alto numero di personale precario e un basso numero di Unità di Psicologia Ospedaliera. Per quel che riguarda le Aziende Ospedaliere, quella di Modena è l'unica che attualmente dispone di una U.O. di Psicologia Ospedaliera. L'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna "Ospedale Bellaria", collocato da un punto di vista organizzativo all'interno della Ausl, come già accennato, dispone di una U.O.C. di Psicologia Oncologica che risponde a tutto il presidio ospedaliero.

Azienda Ospedaliera IRCCS	Risorse Psicologo e assetti organizzativi
AOU Parma	<p>Non è presente personale strutturato sebbene siano in corso alcune stabilizzazioni. In Azienda operano 8 professionisti con contratto LP impegnati nelle U.O./Dipartimenti di Anestesia e Rianimazione/ Centro Trapianti, Medicina riabilitativa, Oncologia medica, Oncoematologia Pediatrica, Pediatria.</p> <p>Totale: 8 professionisti (UE 4,31)</p>
AOU Modena	<p>L'Azienda Ospedaliera di Modena comprende il Policlinico e l'Ospedale Civile di Baggiovara. È presente una U.O. di Psicologia Ospedaliera inserita nella struttura Operativa Complessa (S.O.C.) Direzione Gestione Operativa. Il Responsabile dell'U.O è uno Psicologo. (UOS). Il servizio comprende:</p> <p>8 professionisti a tempo indeterminato 2 professionisti con incarico libero professionale</p> <p>Totale: 10 professionisti (UE 9,4)</p> <p>È inoltre presente una UOC denominata Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione (SFRI) che rappresenta il centro di competenza per ciò che concerne il governo della formazione, della ricerca e dell'innovazione aziendali. Il responsabile è uno Psicologo e il servizio comprende 4 professionisti a tempo indeterminato.</p> <p>Totale: 4 professionisti (UE 4)</p>
AOU S. Orsola Malpighi (IRCCS)	<p>La dotazione di psicologi dipendenti dell'IRCCS S. Orsola di Bologna è di 1 professionista inserita nell'U.O. di Neuropsicologia.</p> <p>L'IRCCS si avvale di ulteriori competenze professionali attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il Dipartimento di Psicologia che, tramite convenzione, fornisce 4 professionisti per un impegno di circa 4 UE (in media 151 ore settimanali) • 6 incarichi LP (6 UE), di cui 4 sono a carico di Associazioni private. <p>Totale professionisti: 11 (11 UE)</p>
<i>Istituto Ortopedico Rizzoli (IRCCS) Bologna - Dati non pervenuti</i>	
<p>AUSL di Bologna</p> <p>Istituto delle scienze neurologiche di Bologna "Ospedale Bellaria"</p>	<p>All'interno del Dipartimento Oncologico dell'Ospedale Bellaria di Bologna è presente una UOC di Psicologia Ospedaliera⁴. La UOC è diretta da un Direttore Dirigente Psicologo ed è composta da:</p> <p>8 Dirigenti psicologi a tempo indeterminato 3 Dirigenti psicologi a tempo determinato 1 Psicologo borsista.</p> <p>Totale professionisti=12 Totale UE = 12</p> <p>Nell'IRCCS istituto delle Scienze Neurologiche sono attivi 10 Psicologi borsisti non aggregati alla UOC di psicologia ospedaliera.</p>
AOU Sant'Anna Ferrara	<p>1 professionista a tempo indeterminato per 1 UE 4 borse di studio (GRACER, Neurologia, Trapianti, prematuri) per 1,7UE 4 liberi professionisti (Centro disturbi cognitivi e demenze, Alzheimer, leucemia) per 2,2 UE.</p> <p>Totale professionisti= 9</p> <p>Totale UE=5</p> <p>Metà dei contratti non strutturati sono finanziati direttamente da Associazioni di malati e familiari.</p>
Istituto Tumori della Romagna IRST IRCCS	<p>6 professionisti (3 a tempo indet, 2 det e un coordinatore scientifico) per un totale di 148 ore mensili, Tot UE 3,88.</p> <p>Nello specifico 2 professionisti in Oncologia ed Ematologia; 2 in Terapia palliative ed Hospice, 1 in senologia TOA.</p>

⁴ dati aggiornati a novembre 2020

L'aggiornamento portato nel presente documento evidenzia una mancata risposta di inclusione del personale psicologo nell'ambito delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, pur in presenza di un'aumentata richiesta di interventi psicologici come riportato dal rapporto nazionale del "Coordinamento delle Associazioni dei malati cronici" (CnAMC, 2010) a cui viene demandata larga parte dell'assistenza psicologica.

Già il documento di consenso italiano sulla Psicologia Ospedaliera (*Italian Statement on Hospital Psychology*, 2013) aveva preso atto dell'imponente trasformazione dei processi di cura e della presenza di diversificate esigenze assistenziali scaturite dalle innovazioni del progresso tecnologico/scientifico. L'aumentata richiesta di soggettivazione da parte dell'utente mantiene in crescente emersione problematiche attinenti alla sfera delle relazioni, dei comportamenti, della comunicazione e della gestione dello stress riferibili ai pazienti/familiari, operatori ed organizzazione (Cittadinanzattiva Onlus).

I nuovi LEA sanciscono il ruolo dell'assistenza psicologica quale diritto al cittadino e riconoscono l'ambito disciplinare applicativo della psicologia all'interno dei percorsi di cura nel contesto sanitario. Tale attenzione delle politiche sanitarie agli interventi psicologici in risposta a tematiche emergenti, quali l'umanizzazione, la personalizzazione delle cure ospedaliere, la gestione del dolore e della traumaticità, l'acuzie relazionale in P.S., i trattamenti palliativi *end stage* rendono evidente la necessità di includerli e disporli come Servizi alla persona incardinati nella struttura organizzativa ospedaliera e capaci di garantire la continuità assistenziale. Ciò rappresenta una condizione basica per poter lavorare in un'ottica integrativa e non escludere gli aspetti psicologici, affettivi e relazionali dall'intreccio con quelli biologici e somatici, inscindibilmente legati.

Organizzazione e Prassi in Psicologia Ospedaliera

Le Unità/Servizi di Psicologia includono la visione dell'integrazione della clinica ospedaliera con la clinica dell'organizzazione, del benessere organizzativo e della formazione. Gli interventi psicologici rispondono al bisogno di salute con attività di consultazione psicologica, di presa in carico durante la degenza, di trattamenti psicosomatici effettuati in ambito multidisciplinare in integrazione con gli specialisti coinvolti nei percorsi di cura longitudinalmente fino al termine dei trattamenti.

Gli interventi clinici sono rivolti a pazienti dall'età pediatrica all'età adulta e geriatrica, vengono disposti contemporaneamente sui pazienti e/o familiari/caregiver, sui team multidisciplinari, sull'organizzazione sanitaria in una gestione che va dalla presa in carico della traumaticità emergenziale fino alla gestione della cronicità (le malattie che si curano e non guariscono hanno necessità di trattamenti rivolti a bisogni sempre più complessi, che ne richiedono un'identificazione precoce).

L'integrazione degli interventi nel sistema istituzionale permette il passaggio da un paradigma che vede il Servizio di Psicologia quale erogatore di prestazioni a richiesta prevalentemente cliniche e duali ad un Servizio flessibile capace di integrarsi in ambito multidisciplinare, contribuendo a valorizzare la dimensione globale della cura, aumentarne l'appropriatezza, in rapporto alle evidenze scientifiche e spesso a contribuire a modificare i paradigmi organizzativi.

Definire uno standard di intervento psicologico ospedaliero, ancorché molto complesso, dovrebbe comunque rappresentare un punto di arrivo e non un punto di partenza. La definizione di standard di cura richiede di monitorare la pratica che può rivelare gli scarti esistenti tra la qualità reale delle prestazioni e quella attesa. Gli standard dovrebbero essere condivisi e basati sulle migliori evidenze scientifiche, in combinazione con le buone pratiche ed esperienze cliniche e sviluppati su indicatori specifici da condividere con i diversi Dipartimenti ospedalieri.

La dimensione organizzata e gestionale di un Servizio di Psicologia Ospedaliera garantisce inoltre il superamento di un'eccessiva frammentazione e dispersione del personale psicologo (borsisti, stagisti, psicologi a contratto LP finanziati da associazioni di utenti e caregiver) e favorisce una maggiore congruenza tra i bisogni del paziente e i bisogni del committente per un efficiente utilizzo delle risorse (che possono essere allocate in maniera flessibile e mobilitate in rapporto alle esigenze emergenti).

Ambiti di intervento in Psicologia Ospedaliera

L'ambito clinico-assistenziale è rivolto ad utenti e loro familiari lungo tutto il ciclo di vita dall'area neonatologica fino alla geriatria, integrando la presenza dello psicologo – con funzioni di valutazione, intervento e/o supporto al personale - nei percorsi diagnostico-terapeutici per pazienti in particolari condizioni critiche acute e croniche, dovute alla patologia o ai processi di diagnosi e cura ospedalieri ad elevato impatto traumatico. In tali situazioni viene fatto uso di strumenti psicodiagnostici e di valutazione validati per misurare il distress psicoaffettivo, i livelli di adattamento e funzionamento, i danni cerebrali e altre condizioni specifiche per area patologica. Rientrano in questo ambito gli utenti il cui disagio, stress o disturbo psicologico comporta una ricaduta negativa significativa negli *outcome* assistenziali e nei costi umani, sanitari e sociali. Attività di empowerment degli utenti portatori di peculiari situazioni di fragilità, vulnerabilità o cronicità, per una migliore autogestione post-ricovero e l'avvio di interventi di rete.

L'ambito organizzativo è finalizzato ad individuare modalità più efficaci di comunicazione istituzionale ed interpersonale, di gestione del rischio, dei carichi di lavoro, del *turn-over*, del benessere organizzativo, dello stress lavoro-correlato, del miglioramento del lavoro d'équipe e della soddisfazione degli utenti. Contribuisce ad adottare linee guida condivise e promuove il benessere organizzativo. Collabora ai processi di "umanizzazione" ospedaliera, Ospedali senza Dolore, di promozione della salute secondo la logica dell'OMS "Ospedali promotori di Salute". All'interno di tali processi sono incluse eventuali analisi sui sovrautilizzatori dei servizi ospedalieri, le procedure di screening sulla rilevanza dei fattori psicologici legati alla salute e stili di vita e messa a punto di interventi graduati per intensità e strumenti utilizzati (counseling, stress management, terapie brevi, gruppi, materiale cartaceo, sonoro, video, programmi computerizzati, ecc.).

L'ambito formativo rivolto agli operatori sulle tematiche proprie dell'ambito applicativo come emergenza-urgenza, area medica e chirurgica ad elevata complessità, *end stage*, per promuovere l'appropriatezza relazionale e comunicativa nella personalizzazione delle cure, la capacità di integrazione e lavoro in team, la gestione dei conflitti. La peculiare modalità di FSC (Formazione esperienziale Sul Campo) rappresenta una metodologia accreditata per il lavoro continuo con i gruppi istituzionali multidisciplinari intraospedalieri.

Le attività che in modo trasversale vengono erogate sono:

- Valutazione e diagnosi
- Trattamenti psicologici integrati in contesto multidisciplinare
- Trattamenti di II livello psicoterapia breve, focalizzati in ambito psicosomatico Interventi di rete, UVM, Commissione di terza parte, Percorsi interaziendali, rapporto con le Associazioni e il volontariato sociale.
- Consulenza e Formazione ai Team (formazione sul campo)
- Tutoring: tirocini post-lauream per abilitazione alla professione di Psicologo e per specializzazione in psicoterapia.
- Consulenza/interventi in ambito organizzativo.
- Interventi psico-educazionali (ad esempio, gestione dello stress, educazione alla salute, ecc).

Interventi psicologici in Pronto Soccorso

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato le nuove Linee Guida per le Attività di Pronto Soccorso, che contengono gli indirizzi nazionali per il nuovo Triage Intraospedaliero, per l'Osservazione Breve e la gestione del sovraffollamento (2019).

Le linee guida accolgono la prospettiva di una lettura dei bisogni e degli interventi in chiave biopsicosociale e si prefiggono di garantire questo tipo di approccio, sia pure nei limiti e nelle necessità di un contesto di emergenza. Viene quindi riconosciuta l'importanza degli aspetti psicologici nella organizzazione e gestione integrata delle attività così come nella formazione continua ed empowerment del personale.

In questo contesto viene valorizzato il ruolo degli Psicologi il cui intervento è previsto – sulla base di procedure organizzative concordate – nei confronti degli utenti, dei caregivers, degli operatori e rispetto all'organizzazione. In particolare, il ruolo dello Psicologo e le competenze psicologiche sono richiamate per tutte le situazioni “che richiedono un contributo specialistico”, “per sostenere l'equipe”, e per una serie di situazioni specifiche (percorso pediatrico, ostetrico, maltrattamenti e agli abusi sui minori, le donne e gli anziani, disturbi della sfera psichica).

Tipologia delle prestazioni psicologiche nel Pronto Soccorso

1. intra-aziendali ad es. situazioni traumatiche come incidenti stradali, morti improvvise;
2. inter-aziendali ad es. protocollo sulla violenza di genere, abuso sui minori;
3. in sala d'attesa ad es. interventi psicoeducativi per i familiari/caregiver,
4. interventi di formazione sul personale sanitario.

Competenza specifico professionale dello psicologo

Le Clinical Competence degli Psicologi che afferiscono all'ambito ospedaliero fanno riferimento ai quattro grandi capitoli che qualificano la disciplina della Psicologia Clinica e della Salute definite da APA e sono:

1. promozione e mantenimento della salute,
2. prevenzione e trattamento della malattia,
3. trattamento del traumatismo,
4. analisi e miglioramento dei sistemi di tutela della salute in ambito ospedaliero.

Competenze specifiche

- Conoscenza dei principali modelli teorici implicati negli interventi di dinamiche dei gruppi, modello psicosociale dello stress, emergenza-urgenza e le nuove acquisizioni in ambito psico-neuro immunologico.
- Conoscenza dei sistemi di tutela della salute e di elaborazione delle politiche della salute utilizzando le competenze e le tecniche proprie della professione.
- Conoscenza ed applicazione delle tecniche di conduzione dei gruppi e disposizione-assenso al lavoro all'interno dei gruppi di lavoro istituzionali.
- Conoscenza ed applicazione delle tecniche psicoterapeutiche adattate al trattamento in ambito psicosomatico con particolare riferimento all'implementazione della capacità di soggettivazione, di problem solving, di decision making, di gestione dello stress, ecc.
- Conoscenza della rete organizzativa intra-ospedaliera (ivi inclusa la rete informatica) per poter espletare le consulenze nei reparti al letto del malato.
- Conoscenza degli elementi per effettuare psicodiagnosi differenziale tra sindromi organiche e disturbi patologici nel bambino e nell'adulto.
- Conoscenza dei quadri somatici per i quali vengono richieste prestazioni psicologiche.

Le competenze tecnico professionali definite da APA si arricchiscono all'oggi di ulteriori specificità:

- funzione integrativa e di legame tra la persona malata e lo staff curante;
- operazione di cerniera tra la clinica del singolo e la clinica dei gruppi;
- inclusione di elementi di psicologia del lavoro e dell'organizzazione tali da consentire un'analisi del contesto per definire lo specifico fabbisogno psicologico e/o di cura.

Raccomandazioni

La Psicologia in ospedale per rispondere ai bisogni della persona e della struttura sanitaria, dovrebbe esserne parte integrante e disporre di gruppi di lavoro stabili all'interno dei diversi stabilimenti ospedalieri, con un'allocazione di risorse diversificata in rapporto alla complessità (ospedali di I, II e III livello). Richiede competenze oltre che cliniche, anche organizzative e formative (nella specificità della Formazione esperienziale sul Campo). Pertanto, rappresenta un Servizio in grado di intervenire in modo trasversale, sia sull'organizzazione sia sulla clinica, attraverso lo sviluppo di interventi psicologici complessi di tipo centralizzato dedicati ad aree ritenute strategiche nel contesto aziendale ed interaziendale (PDTA, procedure, LEA, linee guida, ecc.) superando una visione consulenziale e prestazionale prevalentemente duale. Tale assetto organizzativo può favorire:

- appropriatezza clinica (individuazione della procedura corretta, per quella persona, al momento opportuno, nel setting più adatto);
- appropriatezza organizzativa (erogazione di un intervento in un contesto di cura e assistenziale idoneo e congruente per la quantità di risorse impiegate, per la complessità dell'intervento e le caratteristiche cliniche del paziente);
- monitoraggio dell'efficacia degli interventi (processo ed esito);
- tempestività dell'intervento;
- trasparenza nei criteri di accesso e fruizione delle prestazioni;
- equità e continuità delle cure;
- continuità tra ospedale e territorio per la presa in cura delle esigenze psicologiche dei malati.

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

- LG per le Attività di Pronto Soccorso (Conferenza Stato-Regioni 1° agosto 2019)
- Legge 219/17 "Disposizioni Anticipate di Trattamento e Condivisione di Interruzione di Cura"
- Piano Nazionale Cronicità. Ministero della Salute 2017
- Legge n.24/2017 "Disposizioni in materia di Sicurezza delle Cure della persona assistita, nonché in materia di Responsabilità professionale degli Esercenti le Professioni Sanitarie"
- Documento del comitato nazionale bioetica "In difesa del Sistema Sanitario Nazionale", gennaio 2017
- Piano Oncologico Nazionale. Ministero della salute, 2016
- Decreto 28 dicembre 2016 "Procreazione Medicalmente Assistita"
- LG Chirurgia Bariatrica (SICOB 2016)
- LG sul Trattamento di HIV/AIDS (Ministero della Salute 2016)
- LG per la Salute Mentale della Donna in Gravidanza e nel Post-Partum (Evidence 2015)
- LG per le Attività di Genetica Medica (Accordo 15 luglio 2014- Conferenza Permanente Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano)
- Rapporto FAVO "6° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici" 2014
- Modalità Organizzative ed Assistenziali della Rete dei Centri di Senologia (maggio 2014)

- LG sulla Cura del Diabete nei Bambini e negli Adolescenti (ISPAD 2014)
- “Il percorso assistenziale integrato nei pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite” Regione Emilia-Romagna, Dossier 224/2012
- LG per Comunicare e Gestire gli Eventi Avversi in Sanità (Ministero della Salute, giugno 2011)
- Standard, Opzioni e Raccomandazioni per una Buona Pratica Psico-Oncologica (SIPO 2011)
- LG sul Dolore del Bambino (Ministero della Salute 2010)
- Legge 38/2010 “Terapie del Dolore e Cure Palliative”
- HPH (Health and Promoting Hospitals and Health Services) OMS 2007.
- LG sulla Salute Mentale e il Supporto Psicosociale nei contesti di Emergenza (IASC 2007)
- LG Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica (SIC, GIRC, ANMCO, FIMMG, 2006)
- Linee Indirizzo Ministero della Salute GLISPITO “Gruppo di lavoro italiano sugli aspetti psicologici e psichiatrici dei trapianti d'organo” 2005
- LG per la Consulenza dell'Infertilità (Ordine Nazionale Psicologi 2004)
- LG per il Trapianto Renale da donatore vivente e da cadavere (Centro Nazionale Trapianti, ISS, G.U. n.144 del 21 giugno 2002)
- LG Unità Spinali (2002)
- LG per l'Oncoematologia Pediatrica (Dipartimento Prevenzione, Commissione Oncologica Nazionale, Ministero della Salute, G.U. del 7 ottobre 1999)
- Legge 1° aprile 1999, n.91 “Disposizioni in materia di Prelievi e di Trapianti di Organi e di Tessuti” G.U. n.87 del 15 aprile 1999

6.4 Salute nelle carceri

La presenza dello psicologo in carcere è da considerarsi, analogamente a quanto accade nelle organizzazioni territoriali, integrata sia nell'Assistenza Primaria che nella Salute Mentale. Lo psicologo lavora all'interno di un'equipe multidisciplinare, favorendo una gestione efficace dei casi complessi e la circolarità delle informazioni, con particolare attenzione alla pianificazione di progetti di cura atti a favorire ed implementare le risorse dei soggetti e prevenire il rischio suicidario; così come alla pianificazione di interventi sulla comunità carceraria e/o di promozione della salute.

Competenza specifico professionale dello psicologo

Lo psicologo clinico accompagna e sostiene l'individuo durante le diverse fasi della carcerazione nella progettazione e realizzazione del piano terapeutico riabilitativo individualizzato, in stretto raccordo con l'intera l'équipe multiprofessionale:

- ACCOGLIENZA: la fase di accoglienza così come predisposta nel “Percorso clinico-assistenziale delle persone detenute (circolare regionale Direzione generale sanità e politiche sociali n. 15/2012), non si limita alla visita di primo ingresso, ma prevede un periodo di tempo di 14 giorni, in cui oltre alla valutazione dello stato complessivo di salute, si può rilevare l'eventuale presenza di particolari condizioni di disagio da sottoporre all'attenzione dell'equipe multiprofessionale. il processo di assessment individualizzato è condotto mediante colloquio clinico e specifici strumenti di rilevazione: stato psichico ed emotivo, ambito relazionale e sociale, abuso di sostanze, aspetti connessi all'impulsività quali le condotte etero e auto aggressive, la compliance, la consapevolezza, la progettualità e la cura di sé.

- **DETEZIONE:** in particolari situazioni di disadattamento alla condizione detentiva, di disagio intrapsichico e/o di problematiche per le quali è stato ipotizzato un rischio suicidario, viene attivato un percorso individualizzato (colloqui di sostegno e di counselling). In alcuni casi è invece necessaria una presa in carico di tipo psicoterapico. Particolare attenzione viene posta ai casi complessi, ad es. pazienti tossicodipendenti, che per le frequenti situazioni di co-morbilità e l'alta incidenza di disadattamento richiedono interventi mirati. Inoltre, la prospettiva di un ingresso in comunità in misura terapeutica alternativa alla detenzione rende spesso necessario un lavoro sulla motivazione. Oltre a ciò, lo psicologo collabora alla realizzazione di interventi di gruppo che mirano ad obiettivi di promozione e di consolidamento di competenze relazionali, adiuvanti la salute e a rinforzo della progettualità.
- **DIMISSIONE DALL'ISTITUTO:** viene svolta una funzione di supporto nelle situazioni di crisi attraverso colloqui individuali di sostegno e/o attività in gruppo.
- **PROMOZIONE DELLA SALUTE:** all'azione integrata dei professionisti dell'assistenza primaria e degli specialisti ambulatoriali si è affiancata una nuova figura che opera all'interno dell'équipe sanitaria e, in collaborazione con questa, al fine di favorire nella persona detenuta stili di vita sani e una maggiore attenzione al proprio benessere anche in un contesto come quello dell'istituto penitenziario.

Si aggiungono specificità, legate alle sezioni di Custodia Attenuata per tossicodipendenti, presso gli Istituti di Castelfranco Emilia e di Rimini.

In alcuni Istituti della Regione Emilia-Romagna sono presenti, con valenza regionale, sezioni specializzate per pazienti affetti da disturbi psichiatrici, Articolazioni Tutela Salute Mentale (ATSM): due maschili, Piacenza e Reggio-Emilia ed una femminile a Bologna. In esse sono attivi servizi specialistici multi-professionali integrati con funzioni di: osservazione psichiatrica; presa in cura di pazienti che già hanno diagnosi psichiatrica. La funzione di osservazione psichiatrica risponde a richieste di approfondimento diagnostico formulate da psichiatri degli istituti regionali, avvallate dall'Autorità Giudiziaria, e si esplica attraverso un intervento di secondo livello ad alta specializzazione diagnostica per riformulazione di un progetto di cura psichiatrica e avvio di trattamento intensivo multifunzionale. Lo psicologo dell'équipe si occupa dell'approfondimento psicodiagnostico, collabora con gli psichiatri alla discussione dei casi e all'elaborazione della relazione finale.

Raccomandazioni

La figura dello psicologo è di fondamentale importanza, in quanto esperto della relazione, accompagna e sostiene l'individuo durante la carcerazione, favorendo la promozione del benessere individuale con un'attenzione particolare alla persona e alla sua storia di vita.

L'ingresso in carcere è un momento critico per la persona e comporta un drastico cambiamento delle condizioni di vita. Il soggetto, infatti, oltre ad essere privato della libertà, è sottoposto ad una serie di restrizioni e al rispetto delle regole, che possono provocare reazioni "a corto circuito". È di fondamentale importanza, fin dal primo momento, prendersi "cura" della persona ed instaurare modalità relazionali rigorose al fine di contenere i vissuti di impotenza e spersonalizzazione e prevenire il disadattamento che potrebbe sfociare in manifestazioni di estrema gravità. La persona deve essere conosciuta mediante uno strumento irrinunciabile che è l'ascolto. I soggetti che arrivano in carcere sono spesso portatori di problematiche personali importanti quali disturbi psichiatrici, dipendenze o grave emarginazione sociale.

Talvolta è necessario condividere con la direzione del carcere le linee di intervento allo scopo di armonizzare le azioni nella gestione delle problematiche e della progettualità, sempre seguendo le linee organizzative del responsabile del Programma di Sanità Penitenziaria.

Per alcuni pazienti può essere necessario proporre un intervento psicoterapico, la cui evoluzione deve essere condivisa all'interno dell'equipe multiprofessionale.

L'esperienza in corso consente di rappresentare che talvolta diversi orientamenti teorici evolvono in difficoltà di comunicazione tra gli operatori, che invece necessitano di un codice comune.

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

Dal 2008 l'assistenza sanitaria in carcere, in carico precedentemente al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia, è affidata al Servizio Sanitario Regionale. Nel 2010 la Giunta Regionale ha approvato il primo Programma Salute nelle Carceri che definisce gli standard clinico-assistenziali che ogni Azienda deve garantire negli Istituti Penitenziari del proprio territorio. Nel 2014 è stato approvato il secondo Programma Salute nelle Carceri che contiene indicazioni specifiche sul servizio psicologico presente all'interno degli Istituti Penitenziari della Regione. La Circolare n.7/2019 "la promozione della salute nel sistema penitenziario per adulti" e la Circolare n. 11 del 14 dicembre 2018 "Piano regionale di prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti – Linee guida 2018) forniscono importanti indicazioni cliniche e organizzative. Il 18/11/2019 con delibera n. 2051 la Giunta regionale ha approvato la terza edizione del Programma Regionale per la salute negli Istituti Penitenziari Indicazioni alle aziende USL per la salute negli istituti penitenziari" con ulteriore approfondimento in merito al ruolo e all'attività degli psicologi all'interno dell'equipe sanitaria multiprofessionale operante negli Istituti Penitenziari della Regione.

6.5 Salute organizzativa

Con stress occupazionale si indica di solito una esperienza emozionale negativa accompagnata da modificazioni biochimiche, comportamentali e cognitive percepita dalla persona sul luogo di lavoro come conseguenza della difficoltà a far fronte a richieste esterne o interne valutate come eccessivamente gravose.

Generalmente, i fattori stressogeni in ambito lavorativo, cioè quegli eventi o condizioni ambientali che provocano stress, possono riguardare sia fattori oggettivi (turni, disoccupazione, ecc.) sia fattori soggettivi (percezione di eccessivo carico di lavoro, conflitti, ecc.). Una verifica congiunta degli elementi percepiti dalle persone e dei fattori oggettivi può effettivamente fornire una mappatura più precisa dei fattori di rischio presenti.

I professionisti dei servizi sanitari durante la loro attività sono esposti a diverse tipologie di eventi stressanti relativi al rapporto con l'utenza, con l'organizzazione ed all'interno delle equipe. Fra i diversi fattori di rischio va contemplata l'esposizione ad eventi traumatici estremi ed alla possibilità di subire atti di violenza, sia da parte dei pazienti sia da parte degli utenti dei servizi. Tale rischio, in base ai pochi e non omogenei dati disponibili in letteratura, sembra in crescita negli ultimi anni e rappresenta uno degli aspetti a cui gli operatori sono maggiormente sensibili relativamente alle criticità inerenti alla sicurezza della propria attività.

L'obiettivo della valutazione del rischio da stress lavoro-correlato è quello di riuscire ad individuare le principali fonti di stress presenti all'interno dell'organizzazione e di valutarne gli effetti, al fine di programmare adeguate strategie preventive e di controllo. La valutazione risponde infatti alla necessità di implementare le politiche di riduzione del rischio nelle organizzazioni, valutandone l'impatto e promuovendo lo sviluppo di strategie di miglioramento continuo per il benessere dei lavoratori e dell'organizzazione nel suo complesso.

Il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha emanato, nell'ambito dei programmi nazionali correlati alla gestione del rischio, una raccomandazione (Racc. n°8/2007) per prevenire i comportamenti aggressivi e la violenza a danno degli operatori sanitari. La Regione Emilia-Romagna ha fatto propri i contenuti del Ministero che ha integrato nelle recenti *"Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari"* (Regione Emilia Romagna, 2020)".

Nelle linee di indirizzo viene chiesto alle Aziende Sanitarie di *"assicurare un appropriato supporto per superare il trauma, anche attivando un sostegno psicologico agli operatori che, a seguito di violenza, potrebbero manifestare vari disagi, come il disturbo post traumatico da stress, il timore di rientro al lavoro, un cambiamento nei rapporti con colleghi e familiari etc."*

Competenza specifico professionale dello Psicologo

Operare per il benessere organizzativo e la salute del personale richiede allo psicologo competenze di tipo preventivo, organizzativo e clinico, con particolare riferimento alla:

- lettura delle condizioni di rischio personale, di equipe ed organizzative;
- gestione degli aspetti conflittuali nella relazione interprofessionali in ambito lavorativo;
- analisi e valutazione dello stato psicologico del lavoratore tenendo conto delle capacità di adattamento e resilienza alle condizioni stresso gene;
- conduzione di interventi orientati alla psico-educazione, sostegno ed implementazione delle risorse protettive del lavoratore o al trattamento di condizioni post traumatiche.

Le linee di azione principali sono:

- Collaborare alla valutazione del rischio situazionale, organizzativo ed individuale del lavoratore comprensiva della valutazione del rischio di violenza da terzi;
- Partecipare in equipe multiprofessionali alla realizzazione di interventi di prevenzione individuale sulle risultanze delle valutazioni del rischio stress lavoro correlato o violenza da terzi raggruppate su diversi livelli di intervento: prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- Nell'ambito della prevenzione terziaria realizzare interventi psicologici focali orientati al sostegno e ad una gestione adattiva e funzionale delle condizioni di stress lavorativo;
- Supporto psicologico sul gruppo di operatori coinvolti in un episodio di aggressività e/o violenza da terzi;
- Supporto psicologico individuale all'operatore coinvolto in un episodio di aggressività e/o violenza da terzi.

Raccomandazioni

Il lavoro psicologico volto a valutare, supportare e contenere le condizioni di stress lavoro correlato, presente nei singoli professionisti o nelle equipe, presuppone una collocazione del professionista psicologo in una posizione trasversale che consenta il mantenimento di uno sguardo sovradimensionato rispetto alle dinamiche interne alle U.O. e delle equipe cliniche. La formazione e l'aggiornamento continuo del professionista deve coniugare la dimensione clinica con quelle relative all'analisi dei fattori di rischio organizzativo.

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025
- Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e sociosanitari. Regione Emilia-Romagna, 2020.

- L.R. 5 dicembre 2018 n.19, "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria".
- La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i. INAIL 2017.
- Stress lavoro-correlato. Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della lettera circolare del 18 novembre 2010 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro 2012).
- Raccomandazioni per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari. Regione Emilia-Romagna, 2010.
- Decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106 Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Ministero della Salute, 2007.

6.6 Emergenza e catastrofi

La Psicologia dell'Emergenza è un ambito della psicologia che opera a seguito di eventi critici improvvisi e imprevedibili, ossia in tutte quelle situazioni fortemente stressanti che mettono a repentaglio il benessere del singolo individuo di una comunità o di un intero Stato (disastri).

Gli eventi critici possono essere rappresentati da calamità naturali (terremoti, alluvioni, valanghe ecc.), disastri tecnologici (ad esempio incidenti chimici, batteriologici, nucleari), sanitari (epidemie e pandemie), sociali (attacchi terroristici, sparatorie, ecc.) o gravi incidenti stradali o sul lavoro. Gli eventi critici possono minare l'integrità psico-fisica di ogni individuo che ne sia vittima diretta e di chiunque gli stia accanto: per tale motivo la psicologia dell'emergenza, oltre ad occuparsi delle persone direttamente coinvolte negli eventi critici, si occupa anche dei loro familiari, dei soccorritori e della comunità.

In Regione Emilia-Romagna sono state attivate negli ultimi anni equipe territoriali locali in risposta a specifici eventi emergenziali (terremoto del 2012) e/o in particolari ambiti ospedalieri nei quali sono state create procedure specifiche per intervenire in contesti emergenziali riguardanti i singoli individui, gli operatori, la collettività e le maxi-emergenze (P.E.I.M.A.F. Piano di Emergenza Interno per la gestione di un Massiccio Afflusso di Feriti). A fronte dell'emergenza COVID 19 è stata attivata una risposta coordinata a livello regionale mediante raccomandazioni al gruppo di Coordinamento dei Programmi aziendali di Psicologia Clinica e di Comunità per la messa a punto in ciascun territorio di interventi psicologici specifici destinati alle fasce più colpite anche attraverso l'attivazione delle Equipe Psicosociali per l'Emergenza (E.P.E.), previste nelle Aziende USL dalla legge del 13/6/2006.

Competenza specifico professionale dello Psicologo

Lo psicologo che opera in contesti emergenziali necessita di una formazione specifica in psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia.

In contesti altamente stressanti e traumatici, all'interno dei quali la regola prima è quella di non arrecare ulteriore danno e prevenire ulteriori traumatizzazioni, è indispensabile una preparazione specifica che orienti nelle diverse fasi dell'intervento psicologico, gli scenari d'azione, la rete organizzativa, i destinatari e le finalità di intervento. L'intervento in contesto emergenziale si caratterizza per una particolare attenzione alle naturali risposte fisiologiche agli eventi stressanti e potenzialmente traumatici e adotta un paradigma di salute pubblica volto a promuovere il benessere psicologico, a prevenire e curare le problematiche più severe innescate od aggravate dall'emergenza e da esperienze traumatiche. In tale paradigma, centrali

sono il lavoro di rete e la promozione di sistemi di protezione sociale formali ed informali per le persone direttamente o indirettamente colpite dall'emergenza.

Inoltre, è necessario possedere competenze professionali nell'applicazione di tecniche mirate di intervento e supporto psicologico in fase peri-traumatica e post-traumatica che consentano di stabilizzare, di prevenire o ridurre l'impatto traumatico dell'evento e di trattare e risolvere in modo focale eventuali esiti post traumatici. Tra gli approcci e le tecniche maggiormente riconosciute nella comunità scientifica si annoverano EMDR (Eye Movements Desensitisation and Reprocessing) e TF-CBT (Trauma Focused Cognitive Behavioural Therapy), che nel 2013 sono stati riconosciuti dall' Organizzazione Mondiale della Sanità come trattamenti efficaci per la cura del disturbo post traumatico da stress (PTSD). Altri metodi in corso di accreditamento sono NET (Narrative Exposure Therapy) e BEPP (Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD).

Nella fase acuta di un'emergenza, lo psicologo può intervenire attraverso le seguenti azioni:

- Raccogliere domande di aiuto spontaneo anche attraverso ricerca attiva (outreaching) e facilitare l'identificazione dei bisogni attraverso procedure mirate di valutazione (need assessment, triage psicologico, screening).
- Incentivare l'autodeterminazione dei destinatari dell'intervento.
- Erogare informazioni utili ad attivare comportamenti di autoprotezione e di ripristino del normale funzionamento dell'individuo.
- Promuovere il ricongiungimento e la vicinanza delle vittime con i familiari.
- Diffondere informazioni psico educative per la popolazione coinvolta relativamente alle reazioni più comuni alle situazioni critiche e alle tecniche di gestione dello stress.
- Garantire un primo sostegno psicologico (primo soccorso psicologico) rinforzando il senso di protezione e sicurezza, favorendo il ripristino delle relazioni familiari e il contenimento del lutto, promuovendo la stabilizzazione emotiva, la normalizzazione delle reazioni acute, insegnando strategie di gestione dello stress.

Nella fase di transizione e a medio/lungo termine lo psicologo collabora con le altre figure professionali al fine di:

- Ripristinare, ove possibile, le precedenti condizioni di vita degli individui o un adattamento a nuove condizioni che l'evento stesso ha introdotto.
- Assicurarsi che i servizi sanitari e sociali sul territorio si prendano carico dei bisogni psicosociali e garantire la continuità della presa in carico nella fase post-acuta.
- Riattivare reti sociali formali e informali e rinforzo di strategie funzionali messe in atto da individui, gruppi e comunità.
- Svolgere follow-up psicosociale per identificare il permanere di alcune situazioni di disagio e orientare ad una presa in carico mirata e specialistica attraverso tecniche di intervento appropriate ed evidence based.

Raccomandazioni

Le raccomandazioni per i Programmi di Psicologia dell'Emergenza sono ben sintetizzate nelle Linee Guida IASC e suggeriscono che l'intervento psicologico sia programmato secondo precise linee organizzative e di attivazione, modulato secondo livelli progressivi di intensità e specializzazione e integrato con i molteplici livelli di intervento all'interno della risposta complessiva messa in atto per far fronte all'emergenza. In sintesi:

- fornire indicazioni organizzative affinché considerazioni psicosociali vengano integrate all'interno di tutti i servizi volti a garantire la sicurezza, il soddisfacimento dei bisogni primari, le informazioni affidabili;
- rinforzare e promuovere il supporto alle comunità ed alle famiglie e la riattivazione delle reti di supporto formale e informale;
- fornire supporto individuale per casi specifici, in forma diretta o tramite consulenze presso i servizi comunitari e le cure primarie;
- fornire trattamenti specialistici validati alle persone con una problematica più grave.

Gli interventi in questo ambito devono quindi essere mirati a promuovere e a rafforzare innanzitutto la resilienza delle persone e delle comunità ed a prevenire lo sviluppo di condizioni più critiche. Gli interventi di trattamento psicologico specialistico vengono riservati ad una quota contenuta di vittime che esitino in condizioni di consistente criticità.

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

Il primo atto nella legislazione italiana che istituisce la necessità della figura dello Psicologo nelle situazioni di crisi risale al 2000 con il DDL 4449, ma è del 13 giugno 2006 l'atto ufficiale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento di Protezione Civile – Servizio Rischio Sanitario e Ambientale, che definisce i "Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi" e prevede la formazione di Equipe Psicosociali per l'Emergenza (E.P.E.). La psicologia e gli interventi psico-sociali sono così stati inclusi nella Funzione 2 della Protezione Civile, e sono divenuti parte integrante del concetto di salute.

Nel 2007, lo IASC (*Comitato permanente inter-agenzia composto da partner umanitari delle Nazioni Unite e non*), ha pubblicato le prime Linee Guida relative alla Salute Mentale e Supporto Psicosociale in contesti emergenziali, ottenendo un ampio consenso internazionale. L'approccio adottato da tali Linee Guida è fortemente orientato alla Salute Pubblica e pone una forte attenzione alle determinanti sociali del benessere psicologico. Grazie a decenni di esperienze sul campo effettuate in tanti paesi del mondo e ai risultati della ricerca, è stato sviluppato un paradigma che integra considerazioni di salute mentale e supporto psicosociale all'interno della risposta emergenziale complessiva e che prevede vari livelli di intervento di intensità crescente, a partire da un livello di base, in collaborazione con gli altri settori coinvolti nell'assistenza. Queste Linee Guida sono state fondamentali nel superare una visione patologizzante focalizzata sul trauma e costruire interventi volti a promuovere e rafforzare la resilienza degli individui e delle popolazioni, confermata dall'esperienza e dalla letteratura. I principi fondamentali alla base delle linee guida sono: promuovere i diritti umani e l'uguaglianza, utilizzare approcci partecipativi, non nuocere, valorizzare le risorse e le competenze esistenti, adottare interventi complessi su più livelli e lavorare nell'ottica di sistemi di supporto integrato.

Dal 2007, ogni anno è stato pubblicato almeno uno strumento operativo per l'implementazione delle Linee Guida IASC. Tra questi, nel 2011 l'OMS ha pubblicato un protocollo rivolto ad operatori comunitari, sociali e sanitari: *Primo soccorso psicologico: manuale per operatori sul campo*, tradotto in italiano dall'AUSL Romagna nel 2018.

Nel Febbraio 2020 lo IASC ha realizzato e diffuso la *Nota informativa sulla gestione della salute mentale e degli aspetti psicosociali dell'epidemia di COVID-19* che sintetizza le considerazioni chiave collegate alla nuova epidemia di coronavirus (COVID-19).

Nel Maggio 2020 le Nazioni Unite hanno pubblicato un documento specifico sul COVID-19 e affermato la necessità di interventi di salute mentale (Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health), che confermano le azioni già previste dalla Linee Guida IASC.

7. APPENDICE

Ricognizione risorse Psicologi nell'Azienda Usl di Piacenza al 31/08/2020

Area	Personale dipendente (tempo det, tempo indet, specialisti ambulatoriali)			Contratto libero professionale		
	N.	Ore/settimana	UE (tot ore/38)	N.	Ore/settimana	UE (tot ore/38)
NPIA	12	445	11.71	7	90.7	2.38
Psichiatria Adulti	6	228	6	5	81.2	2.1
Dip. Patologiche	4	152	4	8	115.3	3.03
Carceri	3	106	2.78	3	85	2.23
DCA	7	49	1.28	4	81.7	2.15
Tutela Minori	8	270	7.1	0	0	0
Consultorio familiare	0	0	0	1	13	0.34
Consultorio Giovani	1	38	1	2	14	0.36
Ospedale	3	114	3	5	39	1.02
H adulto	2	53	1.39	0	0	0
Sanità Pubblica	0	0	0	0	0	0
Anziani	0	0	0	1	17	0.44
ALTRO	2	57	1.5	4	64.5	1.69

Sintesi	N.	UE
Unità personale dipendente a tempo indeterminato	39	37.78
Unità personale dipendente a tempo determinato	0	0
Unità personale con contratti di collaborazione libero professionale	31	13.9
Unità personale con altre tipologie contrattuali (es. borse di studio)	2	0.59
TOTALE professionisti	72	51.70

Ricognizione risorse Psicologi nell'Azienda Usl di Parma al 30/06/2020

Area	Personale dipendente (tempo det, tempo indet, specialisti ambulatoriali)			Contratto libero professionale			Altro		
	N.	Ore/settimana	UE (tot ore/38)	N.	Ore/settimana	UE (tot ore/38)	N.	Ore/settimana	UE (tot ore/38)
NPIA/Tutela minori/DCA minori- adulti	27	957	25,18						
Psichiatria Adulti/Dip. Patologiche	10	344	9,05				5	84	2,21
Carceri	5	95,47	2,51						
Sanità Pubblica	1	19	0,5						
Anziani/Adulti	7	217	5,71						
Consultorio familiare/Consultorio Giovani/LDV	5	183,47	4,83				3	75	1,97
Ospedale	3	122	3,21						

Sintesi	N.	UE
Unità personale dipendente a tempo indeterminato	45	51
Unità personale dipendente a tempo determinato	13	
Unità personale con contratti di collaborazione libero professionale	0	0
Unità personale con altre tipologie contrattuali (es. borse di studio)	8	4,18
TOTALE professionisti	66	55,17

Ricognizione risorse Psicologi nell'Azienda Usl di REGGIO EMILIA al 30/06/2020

Area	Personale dipendente (tempo det, tempo indet, specialisti ambulatoriali)		Contratto libero professionale		Altro (es. borse di studio)	
	N.	UE (tot ore/38)	N.	UE (tot ore/38)	N.	UE (tot ore/38)
Consultorio	5	1,34	1	0,53		
Spazio giovani	4	1,66	2	0,79		
Tutela minori	16	10,58				
NPIA	33	24,47	4	2,42		
Psichiatria	12	11,29	1	0,71		
Dipendenze	11	11	1	0,68		
Ospedale	20	15,11	2	1,32		
Sanità Pubblica	3	2,26	2	0,95		
Programma aziendale demenze	3	3				

Sintesi	N.	UE
Unità personale dipendente a tempo indeterminato	71	66,66
Unità personale dipendente a tempo determinato	17	14,05
Unità personale con contratti di collaborazione libero professionale	13	7,39
Unità personale con altre tipologie contrattuali (es. borse di studio)		
TOTALE professionisti	101	88,1

Ricognizione risorse Psicologi nell'Azienda Usl di Modena al 31/03/2019

Area	Personale dipendente TP		SPECIALISTICA Ambulatoriale		Commesse Regionali		Contratto Lib. Prof.	
	N./tpue	Ore/sett	N./tpue	Ore/sett	N./tpue	Ore/sett	N.	Ore/sett
NPI	12/11,9	452	no	no	6/2,8	108	no	no
Psichiatria	7/5	188	no	no	no	no	no	no
Dip. patologiche /Carceri	8/6,5	246	3/1,4	54	3/1,6	60	no	no
DCP Carceri nuovi Giunti	no	no	1/0,8	31	no	no	no	no
DCA	0/0,9	36	2/0,5	18	no	no	no	no
Psic. Clinica Minori e Fam.	12/9,3	352	no	no	no	no	1/0,7	28
Centro Psic Clinica Adulti	8/5,2	200	0/0,1	5	no	no	no	no
Centro Adolescenza	2/2,1	82	no	no	no	no	0/0,1	4
Spazio Giovani CF	0/0,6	25	no	no	4/1,9	72	0/0,1	6
Consultorio Familiare - LDV	5/4,1	159	1/0,8	31	no	no	no	no
H adulto – fisico	no	no	no	no	no	no	no	no
Case della Salute	0/0,4	16	1/0,6	20	1/0,1	6	no	no
Psic Osped e delle Cure Intermedie e psiconcologia	1/1,5	57	1/0,8	32	no	no	no	no
Cure Palliative	1/0,9	30	3/1,6	60	no	no	no	no
Anziani C. Deficit Cognitivi	1/0,9	36	3/1,9	72	no	no	no	no
Sanità Pubblica	no	no	no	no	no	no	1/0,3	10
Migranti	no	no	no	no	no	no	1/0,6	20
ALTRO	0/6,6							

Sintesi	N.	UE
Unità personale dipendente a tempo indeterminato	77	77
Specialisti ambulatoriali	14	9,7
Unità personale dipendente a tempo determinato	0	0
Unità personale con contratti di collaborazione libero professionale	22	12,5
TOTALE professionisti	113	99,2

Di cui per l'area ospedaliera: 3 professionisti a tempo indeterminato + 1 Specialista ambulatoriale (32 ore)

Ricognizione risorse Psicologi nell'Azienda Usl di BOLOGNA al 30/06/20

Area	Personale dipendente (tempo det, tempo indet, specialisti ambulatoriali)		Contratto libero professionale		Altro (es. borse di studio)	
	N.	UE (tot ore/38)	N.	UE (tot ore/38)	N.	UE (tot ore/38)
Consultorio	15	14,1				
Spazio giovani	2	1,5	1	0,5	5	
Tutela minori	19	18,2	4	2,5		
NPIA	32	27,9			8	
Psichiatria	16	14,5			2	
Dipendenze	14	11,6			2	
Programma disabilità	3	1,8				
Programma popol. vulner.					2	
Neurologia (IRCCS)	6	4,4	1	nd	11	
UOC Psicologia Ospedaliera	11	11			1	1
Sanità Pubblica					4	
Anziani	1	1			1	
Altro			6	nd		

Sintesi	N.	UE
Unità personale dipendente a tempo indeterminato	108	97,8
Unità personale dipendente a tempo determinato	9	6,2
Unità personale con contratti di collaborazione libero professionale	13	4*
Unità personale con altre tipologie contrattuali (es. borse di studio)	36	18**
TOTALE professionisti	166	126

(*) Mancano alcune quote orarie

(**) Dato che per molte Bds è difficile risalire all'impegno orario, il totale delle UE è stato ottenuto attraverso una stima ponderata dei dati a disposizione.

Ricognizione risorse Psicologi nell'Azienda Usl di FERRARA al 31/03/19

Area	Personale dipendente e specialisti ambulatoriali (tempo indet e det.)			Contratto libero professionale			Altro		
	N.	Ore/settimana	UE (tot ore/38)	N.	Ore/settimana	UE (tot ore/38)	N.	Ore/settimana	UE (tot ore/38)
Psicologia clinica/psichiatria	10	18-38	7,2						
UONPIA	15	20-38	14						
SerD	8	24-38	6,9				9	20-38	6,7
DCA	1	24	0,6						
Carcere	2	30-34	1,6						
Consultorio/spazio Giovani	1	38	1				4	16-38	3
Disabilità/SLA				1*	6	0,15*			
Cure Palliative				3*	15-20	1,31*			
Demenze	1	25	0,65	2*	10-15	0,65*			
Ospedale	0	0	0						

Sintesi aggiornata al 30 agosto 2020	N.	UE
Unità personale dipendente a tempo indeterminato	28	22,15
Unità personale dipendente a tempo determinato	10	8,7
Unità personale con contratti di collaborazione libero professionale*	6	2,11
Unità personale con altre tipologie contrattuali (es. borse di studio)	13	9,7
TOTALE professionisti	57	42,66

*pagati da associazioni

Ricognizione risorse Psicologi nell'Azienda Usl di Imola al 30/06/2020

Area	Personale dipendente (tempo det, tempo indet, specialisti ambulatoriali)			Contratto libero professionale			Altro (es. borse di studio)	
	N.	Ore/settimana	UE (tot ore/38)	N.	Ore	UE	N.	UE (tot ore/38)
NPIA	5	190	5					
Psichiatria Adulti	4	152	4					
Dip. Patologiche	2	36	0,9					
Carceri								
DCA	1	10	0,2					
Tutela Minori	2	76	2	2	22	0,6		
Consultorio familiare	5	103	2,7				1*	0,2
Consultorio Giovani	4	38	1					
Ospedale	3	114	3					
H adulto	1	19	0,5					
Sanità Pubblica								
Anziani								
Altro**	1	19	0,5					

Sintesi	N.	UE
Unità personale dipendente a tempo indeterminato (compresi gli specialisti ambulatoriali)	19	17,9
Unità personale dipendente a tempo determinato	2	2
Unità personale con contratti di collaborazione libero professionale	2	0,5
Unità personale con altre tipologie contrattuali (es. borse di studio)	1	0,2
TOTALE professionisti	24	20,6

(*) Borsa di studio con scadenza ottobre 2020. Non rinnovata.

(**) Dirigente psicologo con incarico di responsabilità del consultorio familiare (considerato anche nell'equipe del consultorio)

Ricognizione risorse Psicologi nell'Azienda Usi della Romagna al 31/03/2019

Area	Personale dipendente			Contratto libero professionale			Altro		
	N.	Ore/settimana	UE (tot ore/38)	N.	Ore/sett	UE (tot ore/38)	N.	Ore/sett	UE (tot ore/38)
NPIA	65	2403	63,23						
di cui Tutela minori	29	694	17,55						
Psichiatria Adulti	24	992	17,96						
di cui DCA adulti	7	140	2,36						
Dipendenze patologiche	23	840	22,1						
Carcere	3	92	2,42						
Consultorio	19	707	18,6						
di cui Spazio Giovani	9	152	4						
Ospedale	10	364	9,57						
Formazione	1	38	1						
Anziani e disabili adulti/neuropsicologia	11	412	10,84						
Salute e sicurezza lavoratori	1	38	1						
Responsabile Programma	1	38	1						

Sintesi aggiornata al 30/06/2020	N.	UE
Unità personale dipendente a tempo indeterminato	122	122
Personale con contratto specialistica ambulatoriale	10	8
Unità personale dipendente a tempo determinato	38	38
Unità personale con contratti di collaborazione libero professionale	0	0
Unità personale con altre tipologie contrattuali	1	0,4
TOTALE professionisti	171	168,4