



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



QUALE PSICOLOGIA NEL WELFARE? PER UN APPROCCIO SOCIOSANITARIO



Quaderni CNOP

I quaderni CNOP
n. 12



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



QUALE PSICOLOGIA NEL WELFARE? PER UN APPROCCIO SOCIOSANITARIO



Quaderni CNOP

Copyright: Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi
Piazzale di Porta Pia, 121 - 00198 Roma
Tel + 39 06 44292351
www.psy.it

Stampato nel mese di Marzo 2024
dalla Tipolitografia Morphema

Fotocomposizione Morphema

ISBN: 978-88-946917-8-8

INDICE

PREFAZIONE	7
-------------------	----------

Maria Teresa BELLUCCI

INTRODUZIONE:	11
----------------------	-----------

UNA PROFESSIONE A VOCAZIONE SOCIALE

David LAZZARI

LA PROFESSIONE PSICOLOGICA NEL SOCIALE	14
---	-----------

PER UN FUTURO MULTIPROFESSIONALE

Maria Antonietta GULINO

LA PSICOLOGIA NEGLI ENTI LOCALI:	17
---	-----------

IL PROTOCOLLO ANCI-CNOP

Mara Donatella FIASCHI

CENSIMENTO DELLE ATTIVITÀ DEGLI PSICOLOGI	27
--	-----------

NEL CONTESTO SOCIO-SANITARIO. ALCUNI RISULTATI

Filomena MAGGINO

RUOLO DELLA PSICOLOGIA NEL WELFARE:	35
--	-----------

DAI RISULTATI DEL CENSIMENTO PUNTI DI FORZA E ASPETTI CRITICI

Bruna ZANI

LA PSICOLOGIA DI COMUNITÀ PER LO SVILUPPO	43
--	-----------

DEL WELFARE SOCIO-SANITARIO: UNA RIFLESSIONE SULLE CASE DI COMUNITÀ

Fortuna PROCENTESE

PER UNA PROFESSIONALIZZAZIONE DELLA PSICOLOGIA DEDICATA AL WELFARE	53
Claudio A. BOSIO	
IL DIRITTO ALL'ACCESSO UNIVERSALISTICO ALLA SALUTE	57
Chiara CREPALDI e Maria Rosaria IARDINO	
WELFARE DI PROSSIMITÀ: I PRESIDI DI RESILIENZA PSICOLOGICA TRA LE PROGETTUALITÀ E REALIZZAZIONI	65
Elisabetta CAMUSSI	
LA PROFESSIONE PSICOLOGICA DEL TERZO SETTORE	81
Mirco CASTELLER	

PREFAZIONE

Maria Teresa Bellucci

Vice Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

Il convegno *“Quale psicologia nel welfare? Per un approccio socio-sanitario”*, organizzato a Roma dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) ha rappresentato un momento di riflessione importante sul tema della psicologia e welfare. Due concetti che si legano indissolubilmente, essendo il benessere psicologico entrato a pieno diritto tra gli obiettivi riconosciuti per il sostegno, anche pubblico, alle persone.

Il termine *welfare* si lega inestricabilmente al concetto più ampio dell'aiuto sociale a chi ha più bisogno, da parte dello Stato o di un'organizzazione. Quel *Welfare State*, di cui William Beveridge si è fatto il più noto promotore nella Gran Bretagna di un modello universalistico di sicurezza sociale "dalla culla alla tomba", che ha dato origine ai moderni servizi sanitari nazionali, pressoché gratuiti. Oggi però il concetto di welfare si è sicuramente ampliato, andando oltre il diritto alle cure mediche, mettendo maggiormente in risalto il nesso - a livello individuale come premessa di quello collettivo - relativo allo stato di salute fisica e mentale di una persona, ovvero al benessere dell'essere umano a 360 gradi, mente e corpo. Ed è proprio da qui che vorrei partire per mettere in evidenza l'enorme contributo che può apportare la psicologia in questo duplice senso, collettivo e individuale, soprattutto nel contesto attuale, definibile come post-pandemico e alle prese con nuove emergenze, economiche innanzitutto, ma anche legate alla guerra in Ucraina, nel cuore dell'Europa. L'ora presente fa mostra, forse ancor più di quei drammatici due anni, infatti, di tutte le ferite e cicatrici a livello collettivo e individuale che sono tuttora presenti nella nostra società. Proverò, dunque, a sviluppare in questa direzione alcune brevi riflessioni. Sono fermamente convinta che la crisi sanitaria da Covid-19 abbia dato impulso come mai era successo prima a una serie di comportamenti che hanno profondamente mutato il quadro generale entro cui viviamo e lavoriamo.

L'attenzione alla propria salute e a quella dei propri cari si è subito riverberata e innestata su quella psicologica, e non poteva essere altrimenti.

L'isolamento, il lockdown, il distanziamento sociale, perfino vedere nell'altro una possibile minaccia alla propria salute, uniti a un processo di sempre più estrema digitalizzazione dei rapporti personali, con una socializzazione limitata alla fruizione dei social media, non hanno fatto altro che accentuare il senso di profondo isolamento e vulnerabilità di tutte le persone. Ciò ha colpito, in maggior misura, le fasce di età ai due estremi del corso della vita: i giovani e gli anziani.

Il rischio maggiore è stato la disgregazione dei legami di solidarietà sociale. Un contesto generale, su cui non mi dilungo poiché i colleghi psicologi conoscono perfettamente, per esperienza diretta e quotidiana, tutte le dinamiche sociali e individuali che si sono venute instaurando e diffondendo nel corpo sociale nel biennio della pandemia. Gli effetti socio-psicologici di tale situazione, infatti, hanno sicuramente accentuato, nelle giovani generazioni, il ricorso sempre più pervasivo ai social media e a un'interazione digitale che ha disumanizzato le relazioni sociali, il cui modello è divenuto sempre più quello della socializzazione in rete. La mancanza di filtri e di un'opportuna educazione digitale hanno incentivato un consumo mediale che si è riflesso anche in una miriade di comportamenti connotati da violenza, fragilità e narcisismo diffuso, in primis nei loro stessi confronti e dei loro coetanei (cyberbullismo, sexting, microcriminalità diffusa, comportamenti incivili, shitstorm sui social network, body shaming, stupri di gruppo, atti suicidari) di cui la cronaca attuale è purtroppo ricca di casi. Tale complessa situazione, nondimeno, ha permesso il pieno dispiegarsi di un'azione di cura psicologica che, da allora, si è profondamente innervata nel tessuto sociale, soprattutto in termini di consapevolezza non solo da parte dei decisori politici, ma anche dell'opinione pubblica, intesa nel senso più ampio possibile. Tant'è vero che, vi è un diffuso consenso da parte del Governo, nel favorire l'ausilio psicologico alle fasce più vulnerabili, giovani e anziani. Grazie al Covid-19, purtroppo, la presenza dello psicologo nelle filiere assistenziali del welfare, non si configura più come una battaglia d'avanguardia portata avanti da pochi attivisti visionari quanto, piuttosto, essa trova consensi diffusi e bipartisan tra tutte le forze politiche, di maggioranza e di opposizione. Grazie anche al lavoro portato avanti, questo sì che va detto, con lungimiranza, da tanti col-

leggi e dai vertici associativi del CNOP. Questa unità di intenti si è avuta nel caso della Legge delega 33/2023 in favore degli anziani, vale a dire una riforma strutturale che rappresenta un vero e proprio caso inedito per l'Italia, prevedendo tutta una serie di interventi di assistenza psico-socio-sanitaria. Ebbene, il testo della Legge delega è stato approvato senza neppure un voto contrario. E devo dire che ciò costituisce un esempio di buona politica. Una buona politica che ha visto il Governo e il Parlamento, le parti sociali, le categorie professionali, il mondo del terzo settore, cooperare insieme per mettere a punto un testo condiviso che potesse essere il migliore possibile, evidentemente anche con dei limiti. In questa Legge, in cui lo stesso CNOP ha giocato una parte di non poco rilievo, il Governo e il Parlamento hanno tutti mostrato una grandissima responsabilità, anche perché l'Italia è la prima nazione europea per numero di anziani e la seconda al mondo dopo il Giappone. Le persone anziane in Italia, over 65, sono oltre quattordici milioni. Quella che si è legiferata è, dunque, una riforma che consiste, innanzitutto, in una profonda riforma culturale. In questo senso, comparabile a delle riforme strutturali precedenti: e qui la memoria va al secolo scorso, ad esempio alle riforme legate alle tematiche dell'infanzia e dell'adolescenza. In questi ultimi casi - a fronte di un boom delle nascite di allora - vi era stata la consapevolezza di mettere al centro i diritti delle persone di minore età e promulgare delle leggi tese al riconoscimento di quei diritti e, in seguito, promuovere delle politiche pubbliche che potessero dare attuazione concreta a quei principi di carattere universalistico. È necessario fare un passo in più: assistenza e intervento sociale devono andare di pari passo. Il concetto esclusivo di assistenza non è più sufficiente di fronte alle nuove emergenze di carattere bio-psico-sociale. Lo dico oggi come rappresentante del Governo, ma lo dicevo anche in Parlamento come deputata di opposizione, seppur appartenente all'Ordine io stessa, essendo psicologa e psicoterapeuta. E lo dico oggi con maggiore forza istituzionale di quanto lo sostenessi ieri. Ma su questa tematica credo, e spero, che il Parlamento intero continuerà a unirsi e non dividersi, insieme al Governo. Lo stesso atteggiamento di unitarietà di tutte le forze politiche mi aspetto ci possa essere, oggi, rispetto ai temi del più complessivo benessere psicologico. In questo senso, c'è molto da fare in

termini di welfare. Nella passata legislatura ho sostenuto iniziative che davano spazio alla tutela del benessere psicologico e della salute mentale: uno fra tutti, il bonus psicologico per il quale ho votato e fatto votare a favore il mio gruppo.

Al riguardo, ho compiuto anche degli interventi emendativi, in prima persona, al fine di metterlo in sicurezza. La strada dei bonus è tuttavia una strada che ha un ciclo di vita molto corto. Che dà delle risposte emergenziali. Permettetemi di dire che crea consenso nell'*hic et nunc*. Ma che poi non dà sostenibilità e garanzia di lunga durata, come io credo si debba fare nel caso della vulnerabilità dei più fragili e vulnerabili: giovani e anziani. C'è bisogno di riforme strutturali le quali, tuttavia, hanno anche bisogno di tempo. Perché le riforme strutturali, che possono e devono riguardare, a solo titolo esemplificativo, lo psicologo scolastico oppure lo psicologo di base, devono essere approcciate attraverso un confronto sereno ed equilibrato con tutti gli stakeholder interessati, creando momenti di dialogo, di ascolto, accompagnando il percorso istituzionale nei diversi tavoli, per far sì che poi diventino concreti atti di legge. La risposta, quindi, non ci può essere nell'immediato: essa abbisogna di un iter che potrebbe anche andare al di là di un'intera legislatura. Bisogna esserne consapevoli. Per questo siamo al lavoro sui decreti delegati per avviare la riforma in favore degli anziani nel primo trimestre del 2024, come previsto dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza. In conclusione, non posso che assicurare, in questa sede, che quello che motiverà la mia azione a livello governativo sarà la costante attenzione allo sviluppo strutturale della psicologia nelle filiere assistenziali del welfare, così come immagino questo sarà anche il vostro obiettivo come CNOP. Consapevole come lo sono sempre stata, è bene ribadirlo ancora una volta di più, soprattutto ai più giovani, che la tutela della salute è un interesse anche collettivo e non solo un diritto individuale. Per questo è sempre importante ricordare come i padri costituenti hanno voluto interpretare il diritto alla salute, nell'articolo 32, della Costituzione, la «*Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*».

INTRODUZIONE

UNA PROFESSIONE A VOCAZIONE SOCIALE

David Lazzari

Presidente CNOP

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

L'immagine della professione psicologica in Europa è stata, tradizionalmente, legata alla dimensione clinica e alla psicoterapia. Se parli della professione psicologica alla maggior parte delle persone è sempre venuto in mente il lettino di Freud ed una situazione di terapia.

Se guardiamo ad altri Paesi, ad esempio agli Stati Uniti, vediamo che lo sviluppo della professione è stato molto legato ai contesti sociali, comunità, organizzazioni, luoghi di lavoro, dove la Psicologia ha espresso le sue potenzialità legate allo sviluppo delle risorse adattive. Non a caso il termine "empowerment" nasce nel contesto della Psicologia sociale americana. Peraltro le scienze psicologiche si sviluppano per comprendere il funzionamento umano nella dimensione psichica, i fattori e le dinamiche che guidano lo sviluppo delle funzioni psichiche e del comportamento, il focus è quindi sullo sviluppo. Ovviamente chi si occupa di tutto questo si deve anche occupare delle situazioni in cui il funzionamento è compromesso e si arriva quindi al counseling, al sostegno, alla terapia sino alla riabilitazione. Si tratta di un tema importante perché oggi sappiamo, ci sono evidenze chiare sui determinanti di salute, che la salute è fortemente condizionata dai livelli di benessere psicologico e qualità della vita, dagli equilibri adattivi, da come la persona vive si inserisce nella comunità e nel contesto. Oggi paghiamo un prezzo alto per aver spostato la salute solo nella dimensione della cura e quindi della malattia, trascurando i fattori psicosociali che sono alla base delle dinamiche che portano verso il malessere, i disturbi e quindi la malattia. La logica della promozione, della prevenzione primaria e della intercettazione precoce dei bisogni in campo psicologico è carente nel nostro Paese e questo genera dei costi economici e sociali elevati perché si interviene quando gli interventi risultano molto più onerosi. E questo vale a livello sanitario e nel sociale.

La pandemia ha messo in luce l'importanza di un sistema pubblico in grado di rispondere ai bisogni in modo efficace ed efficiente, in una logica di rete e di prossimità.

Molte Amministrazioni Comunali, sensibili ai bisogni più significativi della propria popolazione, hanno avvertito l'esigenza di attivare iniziative di consulenza psicologica, valorizzando il ruolo sociale della professione psicologica.

Ci siamo battuti per un servizio sanitario che guardi alla salute delle persone e non solo dei loro corpi, ma la salute, come dice l'OMS e le evidenze scientifiche è un costrutto bio-psico-sociale, dove contano i fattori biologici, psicologici e sociali e dove la dimensione psichica è un ponte tra ciò che accade nel corpo, la biologia, e ciò che accade nei contesti, il sociale.

Gli interventi sui singoli, le famiglie, i gruppi e le comunità che fanno riferimento ai servizi sociali e del welfare devono essere in grado di incorporare la dimensione psicologia e relazionale e le relative competenze professionali, perché anche qui abbiamo a che fare con persone e le comunità sono fatte di persone.

Oggi abbiamo degli esempi di Comuni, di Sindaci, che sentono che i servizi della rete sociale devono avere una sguardo e una integrazione di competenze in grado di leggere questa dimensione e di dare risposte in questo senso.

Giustamente il nostro SSN prevede nel suo ambito la presenza strutturale di competenze nel sociale, penso agli Assistenti Sociali della Sanità, peraltro in numero superiore agli stessi Psicologi, alle Direzioni di area sociale. E così deve accadere nei servizi sociali con la presenza di Psicologi sociali e di comunità.

Una cosa sono le integrazioni di sistema tra servizi sanitari e sociali e altra cosa l'integrazione delle competenze interne agli stessi servizi, come l'esempio degli Assistenti Sociali illustra chiaramente.

In questa prospettiva il CNOP ha attivato in questa consiliatura due gruppi di lavoro uno presieduto dalla collega Maria Antonietta Gulino che si occupa di servizi sociali e di welfare, che ha collaborato col Parlamento e col Governo, penso al Ministero delle Politiche Sociali e alla Vice Ministro e

collega Maria Teresa Bellucci che ringrazio, a una serie di provvedimenti e abbiamo presentato proposte in varie direzioni, l'ultima quella sulle politiche per gli anziani. E il gruppo di lavoro della psicologia ambientale che ha cercato di dare dei suggerimenti rispetto a temi come gli spazi e gli ambienti urbani e su cui esistono anche diverse esperienze nazionali e internazionali.

Mi auguro che il protocollo che abbiamo sottoscritto con l'ANCI e che viene presentato in questo contesto ci aiuterà a realizzare molte di queste esigenze, ad aprire un dialogo ed una collaborazione che risultano sempre più necessarie.

Spero che questo protocollo poi sia anche oggetto di protocolli regionali che i singoli Consigli dell'Ordine possono attuare con le ANCI regionali e anche di accordi con i singoli Comuni, perché ovviamente il nostro obiettivo non è di lasciare il discorso a livello nazionale ma è appunto di poterlo declinare e sedimentare il più possibile nelle realtà locali. Chiudo dicendo che sono veramente contento che siamo arrivati in questa giornata che abbiamo voluto proprio nella casa dei Comuni, l'ANCI, perché ci sembrava simbolicamente fondamentale poterlo far qui. Ringrazio quindi l'Anci, il suo presidente, il presidente dell'assemblea nazionale l'amico Enzo Bianco.

Cerchiamo di impegnarci tutti perché questo protocollo sia un catalizzatore, che possa far crescere tante progettualità e tanti obiettivi utili a tutti i nostri cittadini.

LA PROFESSIONE PSICOLOGICA NEL SOCIALE PER UN FUTURO MULTIPROFESSIONALE

Dott.ssa. Maria Antonietta Gulino

Consigliera CNOP - Coordinatrice del GdL Welfare e Sociale

Presidente Ordine degli Psicologi della Toscana

Il 16 marzo 2023 a Roma presso la sede dell'ANCI si è tenuto il Convegno “Quale Psicologia nel Welfare? Per un approccio sociosanitario”. L'evento è stato promosso e realizzato dal gruppo di lavoro Welfare e Sociale del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, di cui sono referente coordinatrice dal 2020. Alla presenza della viceministra del Lavoro e delle Politiche sociali, on. Maria Teresa Bellucci, del presidente del Consiglio Nazionale ANCI Enzo Bianco e del Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi David Lazzari, sono state invitate a relazionare le componenti del gruppo di lavoro e illustri relatori e relatrici che si occupano del tema, i cui contributi sono raccolti in questi Atti del Convegno. Vengono inoltre presentati i risultati dell'indagine condotta dal nostro gruppo di lavoro sullo stato dell'arte dell'impiego di psicologi negli enti locali e del terzo settore Per noi psicologi è assodato che l'intervento psicologico non è esclusivamente un intervento sanitario, ovvero solo di cura della malattia mentale. Gli studi, le ricerche, gli ambiti di intervento riguardano infatti anche la Psicologia sociale e nel sociale, la Psicologia di Comunità, la Psicologia della Salute. Ci accompagna la definizione dell'OMS: *Salute è una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità*. Il nostro paese sta modificando rapidamente ritmi e condizioni di vita, l'età media si dilata e la percentuale di invecchiamento della popolazione aumenta, insieme al livello di povertà, alle necessità di intervenire tempestivamente su comunità, famiglie e minori. Dunque, l'intervento e la presa in carico psicologica di situazioni individuali e di gruppo in condizioni di marginalità sociale, di comportamenti a rischio, isolamento, solitudine e abbandono, povertà rappresenta un obiettivo ogni giorno sempre più necessario, ma ancora lontano dall'essere garantito alle persone.

Il “Sociale” e il “Welfare” sono temi e settori che dovrebbero essere

all'attenzione delle scienze psicologiche e delle politiche che di essi si occupano. La carenza di psicologia negli enti locali, nelle province, nelle regioni, a disposizione dei cittadini è ancora molto preoccupante. Non c'è servizio di prossimità che possa reggersi in maniera efficace se non contempla anche l'intervento psicologico. La società muta, i bisogni cambiano ed è necessario approcciarsi ad essi in maniera inclusiva, plurale e multidisciplinare. I fenomeni sociali che riguardano la popolazione abbisognano di uno sguardo complesso e di un intervento globale per agire in prevenzione e promozione della salute. Lo dicono i nuovi LEPS, lo dice chiaramente il PNRR.

Attraverso i Piani di Zona, gli Ambiti Territoriali Sociali dovrebbero individuare e garantire:

- integrazione sociosanitaria
- interventi sul territorio e sulla comunità
- gestione associata di funzioni, servizi e interventi. (*La Psicologia in Comune*, Quaderno del Cnop n.6/2020)

Nella legge 56/89 agli artt.1,3 si scrive puntualmente che dovere degli psicologi e delle psicologhe è *“accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità.”*

Dunque, la figura dello psicologo interviene in materia sociale in tutti gli step, dall'analisi della domanda, dalla raccolta dati conoscitiva, alla valutazione e programmazione delle azioni da intraprendere, alla rilevazione dei dati, monitoraggio e analisi e verifica dei processi, alla formazione di e in equipe, alla supervisione organizzativa.

Gli psicologi e le psicologhe intervengono sulla prevenzione e promozione della salute, sulla disabilità e fragilità, sulla promozione di competenze trasversali alle diverse professionalità, nei contesti residenziali e semiresidenziali, nel supporto alla persona di qualsiasi fascia di età, alla genitorialità, alla famiglia e alla rete sociale, nel supporto all'inserimento lavorativo, alle problematiche sui luoghi di lavoro e alla prevenzione dello stress lavoro correlato, a domicilio soprattutto in caso di anziani e persone non autosufficienti, nella co-progettazione e nel coordinamento all'interno dei servizi educativi verso la prima infanzia e nei sistemi di

istruzione di ogni ciclo scolastico, nei centri di accoglienza e assistenza verso i migranti, nei progetti rieducativi e di riabilitazione nelle carceri, negli interventi mirati alle vittime di violenza, di maltrattamenti e stalking. Queste sono alcune delle aree di intervento. Se pensiamo che il benessere di ogni persona, gruppo o comunità ha ricadute positive sulle sue relazioni e sul suo stile di vita, investire sull'inserimento degli psicologi e delle psicologhe nelle varie aree che riguardano il percorso di vita può agevolare adattamento e crescita a beneficio di tutta la collettività.

In Toscana, a Capannori, comune in provincia di Lucca, queste necessità sono state rilevate dalla amministrazione comunale. Pertanto, nel 2022 è stato bandito un concorso, unico in Italia, che ha consentito l'assunzione di due dipendenti psicologhe all'interno del Comune. Ci sono altri esempi in Italia, per esempio in Campania, nelle Marche e in Umbria.

In questi anni, dopo la pandemia del 2020 e con la nuova consigliatura del Cnop, tanti sono stati i tavoli istituiti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in cui siamo stati inseriti e coinvolti come categoria professionale, dal tavolo di lavoro che si è adoperato per la scrittura della Legge sugli anziani e le persone non autosufficienti, al gruppo di lavoro sul Leps Supervisioni nel sociale, al tavolo sulla inclusione e la lotta alla povertà. Dai recenti dati del SIOSS del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali risultano strutturati e attivi nei Comuni circa 162 psicologhe e psicologi in tutta Italia. Un numero veramente esiguo, stante la materia complessa all'attenzione delle funzioni politiche.

La Pandemia ci ha insegnato che dobbiamo puntare in maniera mirata e pluricompetente su interventi territoriali di prossimità a fianco delle persone.

Il Convegno e questi atti hanno proprio l'obiettivo di portare in luce ed evidenziare il lavoro di chi ritiene che un intervento sociale debba essere non soltanto finalizzato alla assistenza, seppur necessaria, ma anche alla prevenzione e alla promozione della salute in senso globale, quindi anche psicologico.

LA PSICOLOGIA NEGLI ENTI LOCALI: IL PROTOCOLLO ANCI-CNOP

Mara Donatella Fiaschi

Coordinatrice GdL Sanità

Il Consiglio Nazionale ha affrontato con grande impegno tutte le funzioni che oggi sono a carico degli Enti Locali.

Le criticità che si manifestano all'interno delle comunità territoriali sono oggi sempre più ampie, complesse e, a volte, di difficile gestione.

Nell'arco di pochi anni complice la Pandemia e le successive crisi da quella bellica a quella energetica ed economica, si è modificato il contesto familiare, sociale, economico e valoriale che ci aveva accompagnato nel nostro recente passato.

Gli psicologi intervengono, insieme e alla pari degli altri professionisti della salute e del sociale, in tutti quei processi mirati a quantificare e qualificare i nuovi bisogni di salute, non più legati in via esclusiva alla componente biologica. Nel nostro paese è ormai consolidata una visione integrata della salute, nella quale le componenti biologiche, psicologiche e sociali pongono al centro l'individuo con la sua complessità e soggettività, e non più solo la malattia (modello bio-psico-sociale).

Proprio a seguito di queste valutazioni, prima nel 2018 a Bari e più recentemente nel febbraio 2022 è stato rinnovato a Roma tra il presidente ANCI Antonio De Caro e il presidente CNOP David Lazzari, un importante protocollo d'intesa tra CNOP e ANCI. Il Protocollo nasce per coinvolgere gli psicologi nelle azioni di sostegno e tutela che gli enti locali devono mettere in atto in favore dei cittadini. Il 21 febbraio 2022 viene siglato il protocollo – Uno degli obiettivi CNOP è quello di ampliare e strutturare la presenza della professione in campo sociale e dei servizi gestiti dai Comuni singoli o associati. I Gruppi di Lavoro CNOP Psicologia Sociale (referente Maria Antonietta Gulino) e Psicologia Ambientale (referente Alessandra Ruberto) hanno lavorato alla ridefinizione ed ampliamento del protocollo stilato nel 2018. Gli ambiti dei servizi sociali, dei servizi all'infanzia, agli anziani, alla non autosufficienza, culturali e ambientali sono tra le aree in cui si intende sviluppare il contributo della professione.

Ricordiamo in particolare che i servizi sociali sono di competenza comunale, svolti da Comuni singoli o associati negli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e che sino ad oggi la presenza di competenze psicologiche è sporadica e limitata, mentre è indispensabile il rilancio di queste attività in ottica di welfare integrato e proattivo.

Il Protocollo si articola in 6 punti principali: Promozione della salute mentale e prevenzione dei disturbi mentali; Formazione, informazione e sensibilizzazione sulla salute mentale; Sostegno alle persone con disturbi mentali e alle loro famiglie; Coordinamento e integrazione dei servizi sanitari e sociali; Promozione del benessere psicologico nelle scuole e nei luoghi di lavoro; Valutazione e monitoraggio dei risultati e delle buone pratiche.

Il Protocollo d'intesa ANCI-CNOP può portare numerosi benefici ai cittadini e alle comunità, tra cui: maggiore attenzione alla salute mentale e alla prevenzione dei disturbi mentali; promozione di un approccio integrato alla salute che coinvolga i servizi sanitari, sociali e territoriali; miglioramento della qualità della vita delle persone e delle relazioni interpersonali; maggiore consapevolezza sui diritti e le opportunità per le persone con disturbi mentali e le loro famiglie

Il Protocollo d'intesa ANCI-CNOP può promuovere la coesione sociale e la partecipazione attiva dei cittadini alle iniziative locali e può anche favorire l'adozione di politiche pubbliche basate sull'evidenza scientifica e sulla collaborazione tra le diverse istituzioni e le organizzazioni della società civile. Il Protocollo d'intesa ANCI-CNOP rappresenta un importante passo avanti nella promozione della salute mentale e nel sostegno al benessere psicologico dei cittadini.

La collaborazione tra le due organizzazioni può portare numerosi benefici alle persone, alle comunità e alla società nel suo complesso.

Siamo tutti chiamati a fare la nostra parte per sostenere le iniziative promosse dal Protocollo d'intesa ANCI-CNOP e per promuovere una cultura della salute mentale e del benessere psicologico.



PROTOCOLLO DI INTESA PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE PSICOLOGICO DELLE CITTADINE E DEI CITTADINI

Tra

IL CONSIGLIO NAZIONALE ORDINE DEGLI PSICOLOGI (CNOP) con sede in Roma, Piazzale Porta Pia 121, Cod. Fisc. 97107620581, in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore David Iazzari, domiciliato per la carica presso la sede legale del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (di seguito anche "CNOP")

e

L'ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI COMUNI ITALIANI (ANCI) con sede in Roma, Via dei Prefetti 46, Cod. Fisc. 80118510587, nella persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore Antonio Decaro domiciliato per la carica presso la sede legale dell'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (di seguito "ANCI")

(L'ANCI e il CONSIGLIO NAZIONALE di seguito anche indicate collettivamente le "Parti")

PREMESSO CHE:

il CNOP:

- opera per lo sviluppo e la tutela della professione di psicologo che è ordinata dalla Legge 18 febbraio 1989, n. 56. Tale legge all'art. 1 definisce gli ambiti e le modalità di intervento: "La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione - riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito";
- promuove la professione di psicologo, predispone ed aggiorna il Codice Deontologico, vincolante per tutti gli iscritti e lo sottopone all'approvazione per referendum degli stessi; cura l'osservanza delle leggi e delle disposizioni concernenti la professione relativamente alle questioni di rilevanza nazionale; esprime pareri, su richiesta degli enti pubblici o di propria iniziativa, anche sulla qualificazione di istituzioni non pubbliche per la formazione professionale;
- intende promuovere la professione dello psicologo presso gli Enti Locali, le istituzioni pubbliche, gli enti del Terzo Settore, le Aziende Sanitarie perché possano avvalersi del contributo dello psicologo per lo sviluppo e la promozione del benessere e della salute;



- in data 5 giugno 2015, ha approvato il documento "La Professione di psicologo: declaratoria, elementi caratterizzanti ed atti tipici" che definisce gli strumenti conoscitivi e di intervento della professione psicologica ai sensi dell'art. 1 Legge n. 56/89;

l'ANCI:

- in base alla previsioni dell'art. 1 del suo Statuto, costituisce il sistema di rappresentanza dei Comuni italiani, delle Unioni dei Comuni e delle altre forme associative, delle Città metropolitane e di tutti gli enti di derivazione comunale; ne tutela e ne rappresenta gli interessi, anche nei rapporti con il Governo, il Parlamento e tutte le istituzioni o gli Enti centrali o di rilievo nazionale, ed altresì nei rapporti con le Regioni, con le Province e con tutti gli enti pubblici di rilievo regionale e locale e al Comitato delle Regioni;
- cura la raccolta, l'analisi e la diffusione dei dati e delle informazioni di loro interesse; svolge attività di sostegno, di assistenza tecnica ed erogazione di servizi nell'interesse e nei confronti dei Comuni italiani; promuove e diffonde, a tutti i livelli, la coscienza dei valori della sussidiarietà, dell'autonomia, del federalismo; riceve e gestisce finanziamenti, pubblici e privati; gestisce progetti e programmi di diversa natura;
- la Legge 8 novembre 2000, n. 328 - "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", promuove soprattutto interventi volti a garantire la qualità della vita, pari opportunità, la non discriminazione e diritti di cittadinanza; previene, riduce e si occupa delle condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezze economiche, difficoltà sociali e stress psicologico derivanti da situazioni complesse di non autonomia;
- nel contesto ancora in evoluzione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e scolastici (es. Piani Sociali di Zona e Ambiti Territoriali Sociali) si registrano nuovi bisogni, tra cui, l'esigenza da parte di famiglie ed operatori di supporto e orientamento nel fronteggiare temi di stretta pertinenza delle discipline psicologiche che non rientrano tra i servizi offerti esclusivamente in ambito sanitario;
- è Componente del Comitato per il Capitale Naturale e sottoscrive e fa sue le azioni richiamate dal "Rapporto sullo Stato del Capitale Naturale in Italia", ed in questa veste avverte l'interesse a sviluppare politiche ed azioni a tutela dell'ambiente;

CONSIDERATO CHE:

- il CNOP e l'ANCI condividono le finalità degli interventi indicati nel quadro delle loro rispettive strategie di azione;
- le Parti intendono collaborare attivamente per progetti sia di contrasto al disagio sociale e di promozione del benessere psicologico-sociale, sia di contrasto al degrado ambientale e di promozione del bene ambientale e del benessere psicologico-ambientale.

Tutto ciò premesso, le Parti come sopra indicate

CONCORDANO E STABILISCONO QUANTO SEGUE:

1. Premesse

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Protocollo di Intesa denominato "Protocollo di Intesa per la promozione del benessere psicologico-sociale e psicologico-ambientale dei cittadini e delle cittadine".

2. Finalità del Protocollo

Il presente Protocollo ha come obiettivo quello di promuovere un programma di azioni e interventi in materia di promozione dei diritti di cittadinanza e di salute con un'attenzione specifica allo sviluppo e alla promozione del benessere dei cittadini e delle cittadine in conformità a quanto previsto dalla "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" citata in premessa, con particolare riferimento alle situazioni di pregiudizio e di esclusione sociale, di emergenza e marginalità.

Le Parti concordano sulla necessità di realizzare azioni congiunte dirette a sviluppare in Italia una cultura della prevenzione e di risposta alle povertà, alla mancanza di protezione e alle emergenze sociali che promuova il ruolo attivo dei cittadini e delle cittadine attraverso l'implementazione delle competenze psicologiche nel sistema integrato degli interventi psicosociali e psicoeducativi e dei servizi sociali; di promuovere a livello istituzionale, nel mondo delle professioni e nella comunità civile, l'adozione di prassi e procedure per proteggere efficacemente i cittadini e le cittadine che si trovino in contesti di disagio psicologico per condizioni socio-economiche precarie, di marginalità e nelle emergenze, volte ad intervenire direttamente per la tutela e la promozione del benessere della collettività.

L'insieme di tali azioni, volte a promuovere la tutela e la promozione del benessere dei cittadini e delle cittadine, è peraltro da intendersi in linea con i 17 Obiettivi dell'Agenda Europa 2030 per lo Sviluppo Sostenibile sia per quanto riguarda la sostenibilità sociale (Obiettivi 3 "Salute e Benessere", Obiettivo 4 "Educazione di qualità", Obiettivo 5 "Uguaglianza di genere", Obiettivo 8 "Lavoro dignitoso e crescita economica", Obiettivo 10 "Ridurre le disuguaglianze"), sia per quanto riguarda atteggiamenti e comportamenti relativi alla sostenibilità ambientale (Obiettivo 11 "Città e comunità sostenibili").

Nello specifico ANCI, di intesa con il CNOP, si impegna a promuovere presso i Comuni italiani l'implementazione delle competenze psicologiche nel sistema integrato degli interventi psicosociali, psicoeducativi e ambientali al fine di assicurare sostegno psicologico e orientamento a favore dei minori, delle famiglie e dei cittadini e delle cittadine seguiti all'interno dei servizi sociali dei Comuni, supportandosi e integrandosi al lavoro d'équipe, nei progetti di contrasto alla povertà, nell'area dell'emergenza, della protezione, del pregiudizio, della sostenibilità ambientale e della prevenzione. A tal proposito nella giornata della Psicologia il CNOP si impegna ad informare l'ANCI delle iniziative intraprese dagli Ordini regionali e provinciali al fine di diffonderle.

L'ANCI e il CNOP, attraverso le articolazioni territoriali (ANCI regionali e Ordini territoriali) si impegnano a livello locale per la implementazione del presente protocollo.

Il presente Protocollo, riconoscendo l'importanza epocale di un riequilibrio nel rapporto tra persone e ambiente, facendo sue le conclusioni del "Rapporto sullo Stato del Capitale Naturale in Italia", mira a realizzare azioni e interventi affinché il benessere individuale e sociale si sviluppi in modo armonico e coerente con la tutela degli ambienti naturali ed urbani, per tutte le categorie di cittadinanza senza distinzione di genere, età o qualsivoglia altra caratteristica individuale, sociale, culturale.

Il CNOP si impegna ad organizzare in collaborazione con ANCI, previa condivisione di progetti mirati, eventi formativi rivolti agli psicologi e agli operatori attivi nei servizi degli Enti locali su tematiche

relative:

a) sia all'area della tutela dei diritti di cittadinanza, della genitorialità, delle dinamiche familiari con specifico riferimento alle povertà e alle problematiche connesse alla marginalità sociale, all'emergenza e alla prevenzione;

b) sia all'ambito dell'impatto degli ambienti sulle caratteristiche psicologico-sociali di individui e collettività e viceversa dell'impatto delle caratteristiche psicologico-sociali sull'ambiente.

Le Parti si impegnano, altresì, a sensibilizzare professionisti, operatori e cittadinanza, attraverso momenti di studio, attività di ricerca e aggiornamento sulla tutela dei diritti dei cittadini e delle cittadine con l'organizzazione di convegni, seminari, tavole rotonde, workshop, coinvolgendo Enti Locali, il mondo della cultura e dell'informazione, per promuovere cambiamenti concreti a livello sociale, culturale, politico e giuridico.

3. Ambiti di intervento

Le Parti si impegnano, sulla base del presente Protocollo, a promuovere l'implementazione delle competenze psicologiche in una prospettiva multidisciplinare e multi professionale entro vari ambiti di intervento previsti dalle normative nazionali e regionali, nonché dal Nomenclatore degli interventi e servizi sociali come aggiornato dal CISIS nel 2013 e di seguito riportati a titolo esemplificativo e non esaustivo. Si possono prefigurare tre grandi ambiti di intervento: quello dei servizi sociali, quello dell'impatto dell'ambiente sulla persona, quello dell'impatto della persona sull'ambiente.

3.a Ambiti dei servizi sociali integrati

E' necessario promuovere la professione dello psicologo a favore di un approccio bio-psico-sociale nell'interesse del benessere dei cittadini e delle cittadine di tutte le fasce d'età presso gli Enti Locali, le Istituzioni pubbliche, gli enti del Terzo Settore, le Aziende Sanitarie affinché possano avvalersi del contributo dello psicologo per lo sviluppo del benessere e della salute della collettività. Di seguito gli ambiti di intervento:

- prevenzione e pronto intervento sociale;
- attività di servizio sociale di supporto alla persona, alla famiglia e rete sociale (servizio per l'affidamento dei minori, servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minori, servizio di mediazione familiare, interventi di sostegno alla genitorialità);
- interventi psicologici e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo;
- interventi psicologici volti a favorire la permanenza al domicilio (assistenza domiciliare socio-assistenziale; assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari);
- assistenza anziani e persone non autosufficienti;
- formazione e sostegno caregiver;
- azioni e interventi di co-progettazione e coordinamento presso Asili e servizi per la prima infanzia (Asili nido, servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia: in contesto domiciliare, spazi gioco, centri bambini-genitori) e presso Centri con funzione educativo-ricreativa (ludoteche, centri di aggregazione sociale, centri per le famiglie, centri diurni di protezione sociale, centri diurni estivi, comunità madre - bambino);
- interventi psicosociali e psicoeducativi presso Centri a carattere sociosanitario, quali centri diurni semiresidenziali e socio-riabilitativi, laboratori protetti e centri occupazionali;

- attività di consulenza, co-progettazione, coordinamento, supervisione, prevenzione dello stress lavoro correlato e prevenzione del burn-out negli Enti locali e nelle strutture residenziali e semiresidenziali del Sistema integrato dei servizi;
- interventi di accoglienza, assistenza, sostegno psicologico e interventi sul disagio psico-sociale della popolazione migrante con l'aiuto e il supporto di mediatori linguistico culturali, con particolare riferimento ai minori stranieri non accompagnati e rifugiati;
- interventi in favore di minori, di donne e persone minacciate o vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica, maltrattamenti e stalking;
- interventi in favore di minori e adulti nei percorsi processuali, di pena e riabilitazione;
- interventi di consulenza e orientamento per la formazione professionale finalizzata alla salute, al benessere individuale e collettivo, al successo formativo, allo sviluppo di progettualità all'integrazione, al contrasto del disagio giovanile, della dispersione scolastica, del bullismo e dei comportamenti e interventi per la promozione delle pari opportunità e dell'equità di genere nei contesti familiari, professionali e sociali;
- azioni di prevenzione, informazione e comunicazione riguardo ai temi del disagio, della salute mentale e del benessere psicologico e sociale, in collaborazione con il Terzo Settore e il Volontariato.

3.b. Ambiti dell'impatto dell'ambiente sulle persone

L'ANCI, di intesa con il CNOP, riconoscendo il valore del fattore ambientale a sostegno di un armonico sviluppo umano, si impegna ad attivare interventi di psicologia ambientale per guidare le scelte progettuali e gestionali in direzione di una ottimizzazione dell'impatto del luogo costruito o naturale sulla persona (a livello affettivo e/o cognitivo e/o comportamentale), come ad esempio nei casi di:

- Ambiente residenziale domestico;
- Ambiente residenziale di quartiere;
- Ambiente urbano;
- Uffici e luoghi di lavoro;
- Scuole e luoghi d'apprendimento;
- Ospedali e luoghi di cura;
- Negozi e luoghi commerciali;
- Musei e luoghi espositivi e ludici;
- Carceri e luoghi di detenzione e istituzioni totali;
- Luoghi di culto;
- Località turistiche;
- Aree naturali urbane;
- Aree naturali extra-urbane e parchi naturali;
- Ambienti estremi ed emergenze ambientali.

3.c. Ambiti dell'impatto delle persone sull'ambiente

L'ANCI, di intesa con il CNOP, riconoscendo il valore del fattore umano nella tutela dell'ambiente, si impegna ad attivare interventi di psicologia ambientale (sulla base delle evidenze scientifiche disponibili) rivolti ai cittadini di tutte le categorie e fasce d'età allo scopo di: a) migliorare i comportamenti dei cittadini e delle cittadine in direzione di una mitigazione dell'impatto dei loro comportamenti sui cambiamenti ambientali; b) migliorare i comportamenti dei cittadini in direzione di un loro migliore adattamento ai

cambiamenti ambientali. Le azioni possono essere di informazione, di educazione, di coinvolgimento in attività, secondo approcci e metodologie adeguati. Esempi di ambiti di intervento:

- Esperienze ordinarie e straordinarie (con particolare riferimento a quelle con ambienti naturali);
- Conoscenze (con particolare riferimento a quelle rilevanti per l'ambiente, in senso molto ampio);
- Credenze (con particolare riferimento a quelle ambientali);
- Valori (con particolare riferimento a quelli biosferici);
- Norme sociali (ingiuntive ma soprattutto descrittive, nonché locali, pertinenti all'ambiente);
- Connessione con la Natura;
- Identità (con particolare riferimento a quella locale e a quella ambientale);
- Atteggiamenti ambientali;
- Comportamenti ambientali.

4. Oneri

Il presente Protocollo d'intesa non comporta alcun onere finanziario diretto di una parte a vantaggio dell'altra.

5. Promozione dell'immagine - Comunicazione

Le Parti si danno atto dell'esigenza di tutelare e promuovere la collaborazione regolata dal presente Protocollo d'intesa e l'immagine di ciascuna Parte. In particolare i rispettivi segni distintivi delle Parti potranno essere utilizzati nell'ambito delle iniziative di cui all'art. 2 del presente atto, previo consenso espresso da parte di ANCI e del CNOP che verrà reso secondo le modalità indicate nei rispettivi Regolamento per l'uso del Marchio ANCI disponibile sul sito istituzionale www.anci.it e per l'uso del logo del CNOP www.psy.it.

Ciascuna Parte può condurre autonomamente attività di reportistica, stampa e comunicazione, advocacy per quanto riguarda le attività da essa direttamente realizzate, condividendole previamente con l'altra Parte secondo quanto stabilito al precedente capoverso.

Le Parti si impegnano a dare adeguata pubblicità all'iniziativa sui loro siti istituzionali e sugli organi di stampa e periodici/ pubblicazioni da essi gestiti a tutti i livelli territoriali.

6. Durata del Protocollo

Il presente Protocollo avrà la durata di tre anni a partire dalla data dell'ultima sottoscrizione. E' escluso il rinnovo tacito. Ciascuna delle Parti potrà recedere liberamente dal presente Protocollo mediante PEC da inviare all'altra Parte, con un preavviso di almeno 30 giorni.

7. Modifiche

Eventuali modifiche e/o integrazioni del presente Protocollo dovranno essere redatte in forma scritta e controfirmate dalle Parti.

8. Privacy

Le Parti si danno reciprocamente atto di essere titolari autonomi del trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR), cui si impegnano ad uniformarsi.

9. Legge applicabile e foro competente

Il Protocollo sarà regolato dalle disposizioni di Legge della Repubblica Italiana. Per qualsiasi controversia relativa o, comunque, occasionata dal presente Protocollo sarà esclusivamente competente il Foro di Roma.

Letto, confermato, sottoscritto

Roma, li 01/02/2022

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

CNOP

Il Presidente

David Lazzari

Associazione Nazionale Comuni Italiani

ANCI

Il Presidente

Antonio Decaro

CENSIMENTO DELLE ATTIVITÀ DEGLI PSICOLOGI NEL CONTESTO SOCIO-SANITARIO.

ALCUNI RISULTATI

Filomena Maggino¹

Fin dall'inizio della discussione e dell'attività del Gruppo di Lavoro Sociale - Welfare del CNOP è emersa la necessità di una conoscenza più approfondita della varietà degli ambiti di intervento psicologico e una mappatura delle diverse realtà territoriali.

Tale necessità ha condotto alla promozione di una indagine finalizzata alla acquisizione, analisi e valutazione delle informazioni relative alle attività svolte dalla figura dello psicologo nell'ambito degli enti locali e sul territorio.

Fin dall'inizio è stato deciso che tale indagine avrebbe dovuto coinvolgere tutti gli psicologi iscritti all'Albo, grazie anche al coinvolgimento delle strutture regionali del CNOP, attraverso un questionario appositamente predisposto.

STRUTTURA DEL QUESTIONARIO

Per poter rispondere alle esigenze conoscitive, il questionario è stato strutturato in maniera tale da poter descrivere in maniera puntuale la tipologia e la natura delle attività svolte, compreso il trattamento finanziario e orario (domande 2-11).

Al fine di interpretare al meglio i risultati, nel questionario è stata prevista la rilevazione di alcune informazioni demografiche di ciascun rispondente (domande 12, 13, e 14). All'inizio del questionario è stata verificata la volontà del rispondente di partecipare all'indagine (domanda 1) mentre il quesito che concludeva la rilevazione (domanda 15) è stata riservata alla raccolta degli eventuali commenti personali sul tema trattato da parte degli intervistati.

¹ Professore ordinario di Statistica Sociale, Università degli Studi di Roma La Sapienza.

Il questionario è stato composto in maniera da poter essere somministrato online attraverso il sistema *SurveyMonkey*.

RILEVAZIONE

La somministrazione del questionario è realizzata grazie alla collaborazione delle strutture locali del CNOP che hanno invito agli iscritti l'invito per poter partecipare alla rilevazione.

Questa si è svolta dal maggio del 2021 al febbraio del 2022.

La quasi totalità dei questionari è pervenute nel luglio 2021 e nel periodo gennaio-febbraio del 2022 (quando la rilevazione è stata risollecitata).

Il totale degli accessi effettuati al questionario online in seguito all'invito è stato 4.199 mentre i questionari completati (così come sono risultati dopo il data cleaning) sono stati 2.443, pari al 58% del totale dei contattati.

Questo tasso di risposta, pur non consentendoci di affermare che gli intervistati costituiscano un gruppo rappresentativo della popolazione di riferimento (ovvero gli iscritti all'Albo), configura una rilevazione che comunque ha coinvolto un numero certamente non basso di questionari; possiamo quindi affermare che i risultati ottenuti possono essere considerati uno spaccato interessante della popolazione di riferimento.

Successivamente alla rilevazione sono state applicate le classiche procedure di *pulizia, integrazione, trasformazione e sintesi dei dati* che precedono l'analisi vera e proprio (v. F. Maggino, *L'analisi dei dati nelle indagini statistiche*, 2005, Firenze University Press).

ALCUNI RISULTATI²

Più del 40% degli intervistati appartengono alla fascia d'età 35-45 anni con una netta prevalenza di donne (fig. 1).

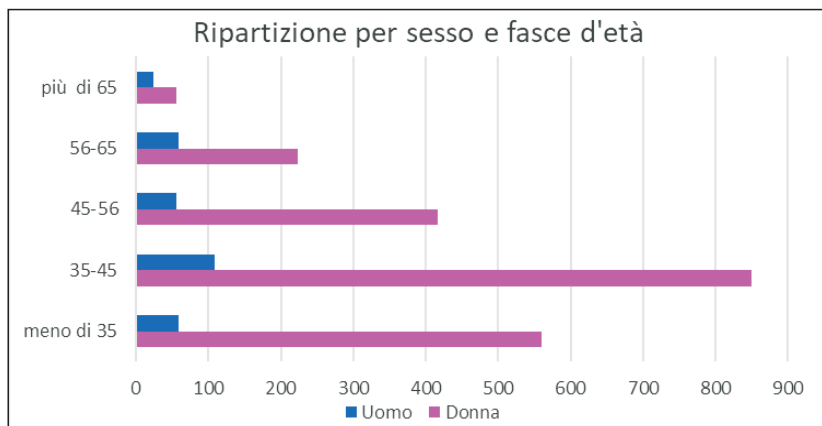


Fig. 1 Distribuzione degli intervistati per età e sesso (valori assoluti)

La distribuzione geografica degli intervistati fa emergere chiaramente la mancata rappresentatività del gruppo osservato segnalata in precedenza. Si registra infatti un elevato numero di intervistati provenienti dall'Abruzzo (284), Marche (244), Toscana (242), Liguria (221) e Sardegna (163).

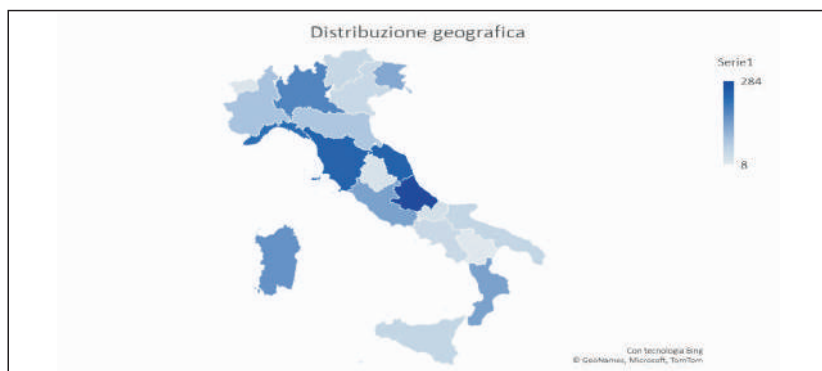


Fig. 2 Distribuzione geografica degli intervistati

² Le frequenze riportate nelle figure sono rappresentate dai valori assoluti. Nel testo si fa riferimento anche a valori percentuali (calcolate sul totale dei questionari completati) per una idea proporzionale del risultato.

Dove operano

La gran parte dei rispondenti che esercita l'attività di psicologo ha affermato di lavorare in strutture pubbliche, istituti scolastici, strutture convenzionate con le Asl e associazioni (oltre 700 risposte).

Questo vuol dire che l'87% dei rispondenti svolge attività di psicologo non direttamente presso strutture pubbliche ma presso associazioni, ONG o cooperative. Questo potrebbe confermare i bassi livelli salariali dichiarati e la richiesta di maggiore tutela, assistenza e supporto (dati non riportati in questa presentazione).

379 intervistati, operano in distretti sociosanitari e solo 168 nei comuni (fig. 3).

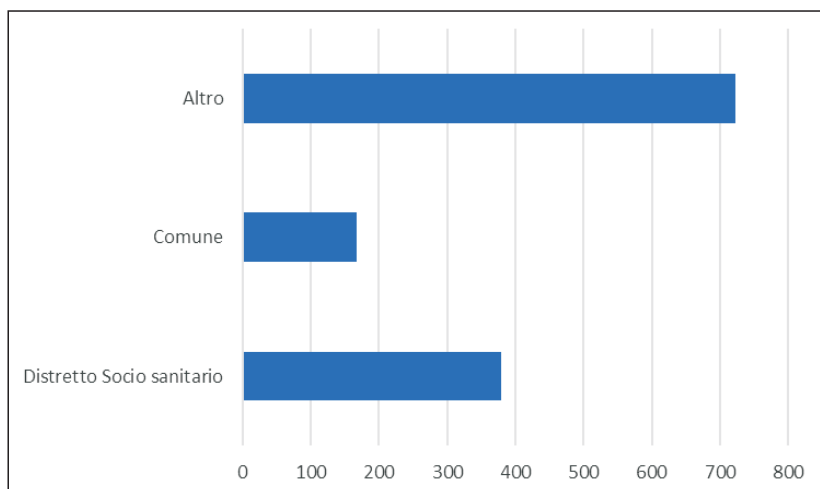


Fig. 3 Dove viene svolta l'attività di psicologo (valori assoluti)

In pochissimi casi si registrano psicologi che operano contemporaneamente in più strutture: poco più di 20 hanno risposto che lavorano sia presso comuni che in altre strutture; stessa situazione per coloro che lavorano sia in distretti sanitari che altre strutture; infine, una decina di intervistati ha dichiarato di lavorare sia presso distretti che presso comuni.

Popolazione servita

La popolazione adulta risulta essere quella maggiormente servita.

Infatti, oltre il 35% degli intervistati lavora principalmente con persone adulte, quasi il 10% sia con adulti che anziani, il 6% con adulti, anziani e famiglie e quasi il 13% con le quattro fasce della popolazione servita individuata (fig. 4).

Quasi esclusivamente operatori privati hanno tra i loro pazienti famiglie, così come gli operatori che servono contemporaneamente sia le famiglie che i minori (17%). Infine, poco più del 20% degli intervistati ha affermato di lavorare solo con minori.

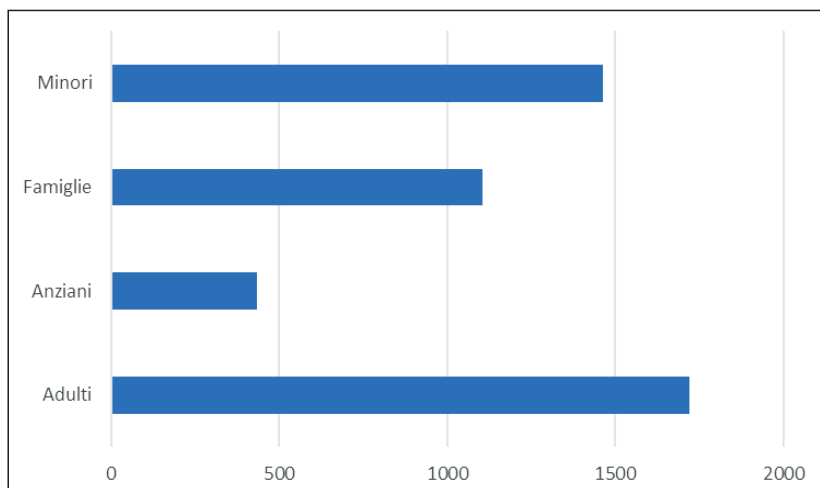


Fig. 4 Popolazione servita (valori assoluti)

Settore di intervento

In relazione al settore di intervento, sono stati rilevati pochissimi casi di esclusività di area: in altre parole, gli intervistati operano tendenzialmente in più settori, il più delle volte affini tra di loro (ovvero i soggetti trattati hanno fasce d'età in comune o vissuti familiari simili).

La maggior parte degli intervistati che ha selezionato "altro" fa riferimento al settore educativo (1114 risposte).

Poco più del 32% degli intervistati si occupa di disabilità, soprattutto in relazione alle fasce d'età minorile e anziana (fig. 5).

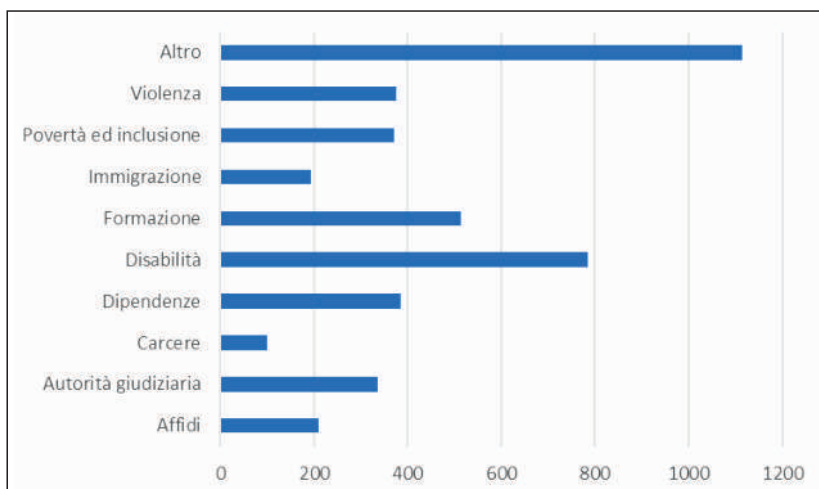


Fig. 5 Settore di intervento (valori assoluti)

Tipologia di contratto

Relativamente alla tipologia di contratto di lavoro, oltre il 28% degli intervistati ha un contratto a tempo indeterminato.

Tra questi, sono compresi in maggior misura gli psicologi che lavorano presso strutture pubbliche o enti di educazione o formazione (fig. 6). D'altra parte, quasi il 57% degli intervistati afferma di essere libero professionista con un proprio studio.

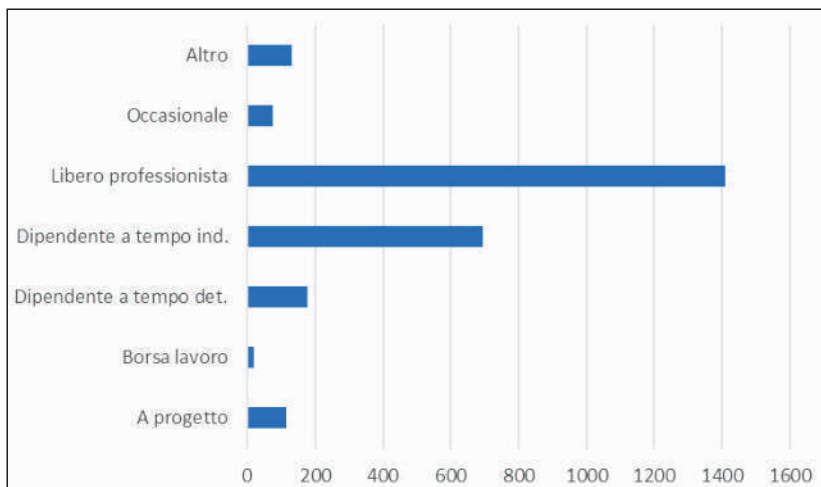


Fig. 6 Tipologia di contratto (valori assoluti)

Orario di lavoro

Relativamente all'orario di lavoro poco meno del 15% degli intervistati ha dichiarato di lavorare meno di 10 ore e il 14,2% lavora dalle 10 alle 15 ore settimanali (fig. 7).

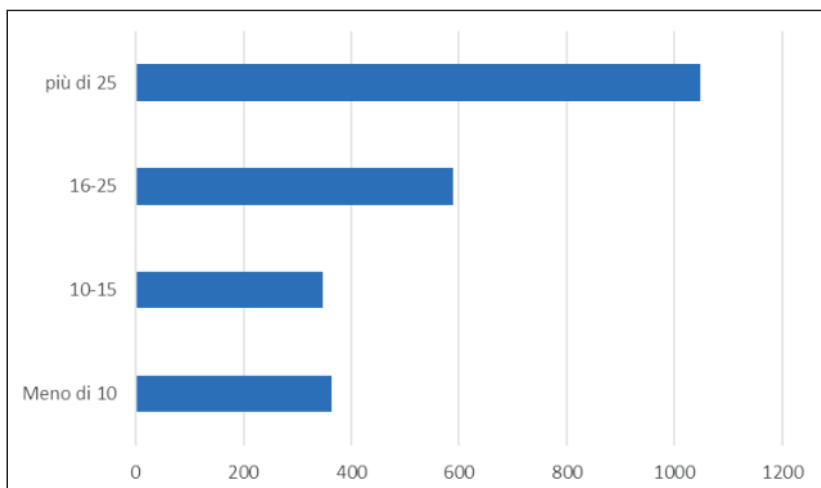


Fig. 7 Ore medie di lavoro settimanali (valori assoluti)

ALCUNE RIFLESSIONI CONCLUSIVE

A conclusione di questo contributo, ci sembra opportuno aggiungere, ai commenti opportunamente elaborati dai colleghi sui risultati ottenuti, anche qualche riflessione più propriamente metodologiche.

Una riflessione squisitamente tecnica riguarda il questionario, che nella rilevazione qui presentata è stato somministrato per la prima volta. Esso è risultato agevole, chiaro e semplice sia nella forma che nei contenuti. Le risposte rilevate attraverso le domande “aperte” consentiranno di strutturarle in maniera che risultino “chiuso”, e quindi successivamente analizzabili statisticamente, per eventuali successive rilevazioni.

La principale riflessione riguarda l'apprezzamento dello sforzo di chi ha consentito la realizzazione dell'indagine, dalla definizione del questionario, alla sua somministrazione, alla sua analisi. Tale sforzo non può essere confinato e limitato ad una unica rilevazione. Dal nostro punto di vista, una tale indagine acquista maggiore valore dal momento in cui se ne ripete l'applicazione. Qualsiasi fenomeno non è immutabile ma è dinamico e questo richiede una osservazione se non continua almeno periodica in modo da poter apprezzare cambiamenti e differenze che aumentano la sua conoscenza.

Una ulteriore riflessione riguarda la popolazione di riferimento che è stata interamente contattata per la rilevazione. Come precedentemente notato, non tutti hanno completato il questionario. Ciò può essere dovuto a tanti fattori che non discuteremo in questa sede. Qui si vuole osservare come la diffusione e la discussione dei risultati con tutta la comunità di riferimento possa aumentare la motivazione degli psicologi a partecipare ad eventuali successive rilevazioni. Ciò deve scaturire dalla consapevolezza che le condizioni di vita e di lavoro possono migliorare solo grazie ad una conoscenza alla quale tutti possono contribuire.

RUOLO DELLA PSICOLOGIA NEL WELFARE: DAI RISULTATI DEL CENSIMENTO PUNTI DI FORZA E ASPETTI CRITICI

Bruna Zani

Professoressa Alma Mater Università di Bologna

Presidente Istituzione Minguzzi – Bologna

Componente GdL Sociale – Welfare CNOP

Il Gruppo di Lavoro Sociale e Welfare del CNOP ha posto al centro della sua riflessione il ruolo della psicologia nel welfare, conducendo una indagine tramite questionario, somministrato a iscritte/i all'Ordine con l'obiettivo di rilevare in che misura e con quali profili le psicologhe e gli psicologi operano nel settore salute e welfare degli enti locali.

Si è trattato di un censimento realizzato a livello nazionale che, pur tra difficoltà tecniche e organizzative legate allo strumento del questionario e alla modalità online, ha consentito di acquisire e analizzare informazioni puntuali relative alle attività svolte dallo psicologo negli enti locali e nel territorio, quindi in contesti di welfare, in cui è cruciale l'integrazione sociosanitaria.

Da registrare innanzitutto il numero delle risposte ottenute (tot. 2443), che rappresentano un campione interessante (anche se piccolo), in quanto ha fornito uno «spaccato» della realtà attuale del lavoro dello/a psicologo/a nei servizi del welfare, in un quadro nazionale sicuramente complesso, che potremmo definire anche «variegato e a volte confuso», molto articolato, a velocità e a geometria variabile rispetto ai territori e alle funzioni (ne è testimonianza l'ampio ricorso alla risposta ALTRO da parte dei rispondenti, interessati a mettere in luce la molteplicità degli aspetti lavorativi legati al ruolo)

Riportiamo sinteticamente alcuni elementi positivi e le criticità emerse dall'analisi dei dati.

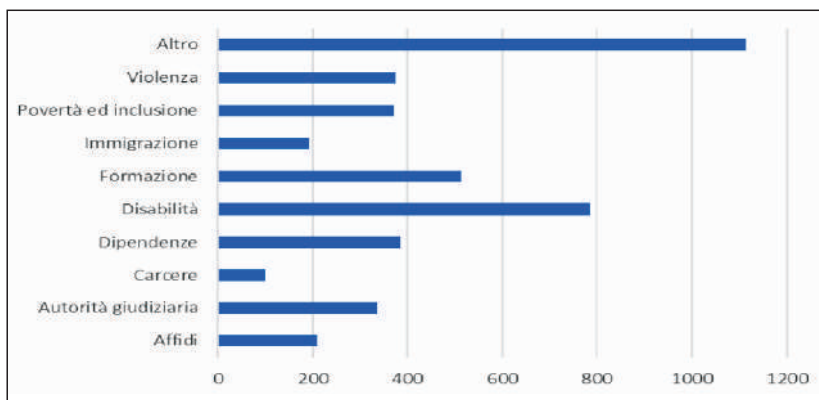
PUNTI DI FORZA - ASPETTI DA VALORIZZARE:

In generale riteniamo sia da apprezzare la tensione a individuare e

costruire modalità innovative di intervento psicologico, l'emergere di sfaccettature del ruolo di psicologo/a, che si esprime nell'esigenza di ridefinire la propria identità professionale nel contesto sociale, sociosanitario e socioeducativo (si vedano riflessioni di Francescato e Zani, 2017)

- Un aspetto che va rilevato, perché rappresenta lo specifico dell'attività psicologica, è la molteplicità di destinatari degli interventi: adulti, minori, famiglie, anziani, considerati non solo singolarmente, a livello individuale, ma quasi sempre congiuntamente, data la complessità delle situazioni da prendere in carico, e la intersezionalità dei problemi (v. disabilità, immigrazione, vulnerabilità, emarginazione) e quindi degli interventi da mettere in atto;
- A proposito degli interventi, viene evidenziata la molteplicità e articolazione dei settori di intervento: una tabella particolarmente significativa riguarda l'individuazione degli ambiti. Erano 9 le categorie previste nel questionario (v. Tabella Quesito 7), eppure sono state registrate ben 114 risposte ALTRO, che vale la pena indicare

Tab. Quesito 7: Ambiti di intervento



CATEGORIZZAZIONE SINTETICA DELLE RISPOSTE ALTRO (1114 RISPOSTE)

Non è indicato il numero di risposte per ogni categoria, perché ci interessava evidenziare la ricchezza e molteplicità dei contenuti.

- demenze, salute mentale adulti, psichiatria
- adolescenza, ritiro sociale, DCA, comunità per minori
- persone vulnerabili, sieropositive, HIV, malattie croniche, oncologiche
- disagio relazionale, disagio sociale, disturbi d'ansia, panico
- valutazione psicodiagnostica, riabilitazione cognitiva, neuropsicologia, autismo
- traumi, psicologia emergenze, lutti
- nidi, scuole materne, scuola, DSA, BES, servizi educativi territoriali
- tutela donne nelle varie fasi della vita
- anziani, invecchiamento, UVM per domiciliarità e residenzialità
- promozione salute e del benessere, partecipazione sul territorio, progetti di vita, psicologia della salute
- benessere organizzativo, psicologia del lavoro, orientamento scolastico e professionale, burnout
- gestione dello stress, empowerment, sport
- supporto alla genitorialità; sessualità, coppia e famiglia
- lavoro di comunità, prevenzione

Stesso quadro emerge dalle risposte alla domanda relativa alle prestazioni richieste dall'ente presso cui si presta servizio: sono maggiormente richieste le prestazioni di supporto psicologico inteso in senso lato, supporto alle disabilità e alle malattie mentali, formazione ed educazione e, anche, supporto alle attività amministrative: quest'ultimo aspetto verrà più volte ripreso nella domanda facoltativa finale, con connotazione fortemente negativa poiché in questo modo non vengono riconosciute le competenze specifiche degli psicologi (o comunque vengono ignorate).

Anche qui è importante la quota di intervistati che ha risposto “altro” (N.590) (in presenza di ben 17 possibili scelte) (v. Tab. Quesito 11).

I valori più alti (evidenziati in rosso) si riferiscono a prestazione classiche, tipiche dello psicologo, quali “Sostegno psicologico al singolo, alla coppia,

alla famiglia” (1060 risposte), ma anche ad attività di “Interventi di rete sul territorio” (619); “Attività di prevenzione e contrasto di disagio giovanile, dispersione scolastica, bullismo e comportamenti a rischio “(595), insieme a “Attività di formazione” (594)

Tab. Quesito 11

Quesito 11: PRESTAZIONI RICHIESTE DALL'ENTE IN CUI SI LAVORA	
1. Attività formazione	594
2. Attività di prevenzione e contrasto di: disagio giovanile, dispersione scolastica, bullismo e comportamenti a rischio	595
3. Azioni di prevenzione, informazione e comunicazione riguardo ai temi del disagio, della salute mentale e del benessere psicologico e sociale, in collaborazione con il Terzo Settore e il Volontariato;	536
4. Collaborazione con l'Assistente Sociale nei colloqui e nella stesura dei progetti d'intervento	512
5. Collaborazione con Consultorio Familiare, SER.T. e Salute Mentale	486
6. Consulenza, co-progettazione, coordinamento, supervisione, prevenzione dello stress lavoro correlato e prevenzione del burn-out negli Enti locali e nelle strutture residenziali e semiresidenziali del Sistema integrato dei servizi	188
7. Co-progettazione e coordinamento presso Asili e servizi per la prima infanzia e Centri con funzione educativo-ricreativa	80
8. Interventi di rete sul territorio	619
9. Interventi psicologici per la permanenza al domicilio: assistenza domiciliare socio - assistenziale, assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	206
10. Presa in carico di minori e famiglie e predisposizione di relazioni per l'Autorità Giudiziaria	397
11. Programmazione e progettazione di servizi	368
12. Sostegno alla persona, alla famiglia e rete sociale: affidamento dei minori, adozione nazionale e internazionale, mediazione familiare, sostegno alla genitorialità	422
13. Sostegno psicologico agli immigrati e rifugiati	146
14. Sostegno psicologico alle vittime di violenza	289
15. Sostegno psicologico al singolo, alla coppia, alla famiglia	1060
16. Sostegno psicologico all'inserimento lavorativo	202
17. Valutazione psicologica per l'inserimento nelle famiglie affidatarie e negli asili nido	51
Altro	590

ASPETTI DI CRITICITÀ

- Femminilizzazione della professione: è un dato presente da sempre, come testimoniato da ricerche condotte negli ultimi decenni (Sarchielli e Fraccaroli, 2002) (c'è da chiedersi se è ancora da considerare un aspetto critico);

- una percentuale piccola ma non trascurabile di psicologi sono impegnati come «non psicologi»: educatori, animatori e altro (= N.200), insegnanti di sostegno, docenti, Coordinatrice pedagogica servizi educativi, funzionari amministrativi, segretaria, impiegata, consulenti e formatori, funzionario addetto ai servizi culturali per giovani e anziani, funzionario nel settore socio-culturale-scolastico del Comune, responsabile risorse umane, esperto politiche attive lavoro, tecnico inserimento lavorativo, navigator, infermiera, fisioterapista, OSS, referente qualità, progettista sociale, volontaria, operatore sportello d'aiuto, autista Croce Rossa, coordinatori di comunità, inoccupato, assistente domiciliare, assessore alle politiche sociali, Direttore di RSA, etc.:
- Lavoro sottopagato, livello salariale basso, problema di riconoscimento sociale della professione: qui vale la pena sottolineare che nelle ricerche precedenti di Bosio e coll. 2012 e 2018, i punti di debolezza evidenziati erano esattamente due, il reddito e la considerazione sociale della professione, definiti come “problemi storici” della professione (vale la pena chiedersi: non è cambiato nulla in questo ultimo decennio?);
- Il punto critico sottolineato a più riprese riguarda la tipologia di contratto: lo psicologo è una figura NON a sistema (lavora in regime di libera professione ed è soggetto ai cambiamenti nelle politiche locali, a volte legate anche a cambiamenti nella composizione politica delle amministrazioni)

CONCLUDIAMO RIPORTANDO UN BREVE ELENCO DI COMMENTI FINALI (domanda aperta che intendeva raccogliere osservazioni e suggerimenti: (N.142)

Una osservazione molto condivisa riguarda la richiesta di maggior tutela in termini lavorativi ed economici da parte dell'Ordine degli Psicologi: in molte situazioni gli intervistati si ritengono poco tutelati, sottopagati, con un futuro molto incerto e non ben definito, utilizzati in mansioni amministrative lontane dalle proprie competenze.

Ma emerge anche chiaramente la richiesta di consigli o “linee guida” per valorizzare il proprio lavoro e costruire reti nel territorio

Alcune frasi:

- *Lo psicologo non è solo psicoterapeuta! Sembra ovvio, ma non lo è affatto, la scelta di lavorare nel privato sociale, sostegno psicologico, progettazione, in contesti complessi con utenti spesso difficili da gestire, equipe multidisciplinari. Poco spazio e tutela a questo profilo, da parte dell'ordine.*
- *Nelle funzioni svolte presso i comuni sarebbe necessario arginare la tendenza a caricare lo psicologo di compiti afferenti all'area amministrativo contabile a discapito di quella tecnico-professionale.*
- *Nell'ambito sociale il ruolo è per lo più ibrido. Sono molte le competenze relative al territorio e alla pubblica amministrazione*
- *Bravi continuate così. Il sociale va valorizzato. Finora non è stato fatto abbastanza dagli Ordini. Gli psicologi che lavorano nel sociale (moltissimi) sono stati dimenticati per molti anni contribuendo a rendere più fragile una grande sacca della professione*
- *lo psicologo nei comuni è una figura trasversale senza nessuna specificità di ambito di intervento, il che rende confusivo il suo ruolo spesso in subordine all'assistente sociale e senza riconoscimento di alta professionalità*
- *La figura dello psicologo negli Enti è fondamentale: bisognerebbe assicurare una continuità di servizio con contratti a tempo indeterminato scongiurando il pericolo attraverso gli avvisi pubblici di avere incarichi a singhiozzo e per poche ore mensili.*
- *Mi piacerebbe costruire una rete sul mio territorio per creare collaborazioni e/o conoscere opportunità di lavoro, vorrei dei consigli al riguardo o delle linee guida che mi aiutino ad orientarmi nel settore che è vasto ma di difficile inserimento*
- *Spero che la nostra figura possa avere più valore nella prevenzione e promozione del benessere*

Sono suggerimenti che consegniamo agli stakeholder interessati, nella speranza che il dibattito iniziato con questo convegno continui nelle diverse sedi competenti a livello locale, regionale e nazionale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Bosio C. e Lozza E. (2012). *Lo stato e le prospettive delle professioni psicologiche in Italia*, Report redatto dal Laboratorio Culture Organizzative e di Consumo dell'Università Cattolica di Milano per il Consiglio Nazionale Ordine Psicologi

Bosio C. e Lozza E. (2018). *Lo stato e le prospettive delle professioni psicologiche in Italia*, Report redatto dal Laboratorio Culture Organizzative e di Consumo dell'Università Cattolica di Milano per il Consiglio Nazionale Ordine Psicologi

Francescato, D. & Zani, B. (2017). Strengthening community psychology in Europe through increasing professional competencies for the new Territorial Community Psychologists. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 8(1), pages 1-14.

Sarchielli G. e Fraccaroli F. (2002) *Le professioni dello psicologo*, Cortina, Milano

LA PSICOLOGIA DI COMUNITÀ PER LO SVILUPPO DEL WELFARE SOCIO-SANITARIO: UNA RIFLESSIONE SULLE CASE DI COMUNITÀ

Fortuna Procentese

Università degli Studi di Napoli, Presidente SI.P.CO.

Scopo del presente contributo è quello di condividere l'importanza dell'apporto teorico e metodologico della psicologia di comunità per lo sviluppo del welfare socio-sanitario volto a favorire interventi e modelli consoni alla richiesta di riorganizzazione dei servizi territoriali e in particolare allo sviluppo delle Case di Comunità (PNRR, Missione 6 Salute, (C1-1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale e successivo DM77/2022).

In linea con le sfide odierne è utile ricordare il contesto storico e culturale in cui nasce e si sviluppa la psicologia di comunità, ossia gli anni 60-70, in cui la società americana prima e quella europea poi, affrontano nuove sfide sociali, disagi e necessità espresse dai cittadini che non trovavano adeguate ed efficaci risposte nei servizi presenti nei territori.

In quegli anni si ridefinisce il concetto di salute e nascono nuovi setting di intervento, valorizzando la partecipazione attiva delle persone, gruppi e comunità nel promuovere cambiamenti personali, sociali e delle loro comunità di appartenenza. Come allora anche oggi per fornire risposte efficaci ai cittadini bisogna porre attenzione critica al concetto di promozione di salute di comunità. Quest'ultima si riferisce all'assunzione di un paradigma teorico ed metodologico che contempra una visione sistemica dell'intervento che considera la stretta interdipendenza della persona nel contesto, trovando una ridefinizione e condizioni in cui si esprime il disagio individuale, dei gruppi sociali e delle comunità locali.

Ma soprattutto emerge la necessità di contribuire alla ridefinizione dei servizi in modo che si possa pensare e programmare interventi che non siano dettati dalle urgenze e dalle emergenze. Wise e Nutbeam (2007) in un'analisi a livello internazionale dei progressi compiuti verso il riorientamento dei servizi sanitari, concludono che essi rimangono ancora in una dimensione curativa piuttosto che di promozione della salute.

La Società Italiana di Psicologia di Comunità (S.I.P.CO.) che rappresento nel ruolo di Presidente, è promotrice dell'acquisizione da parte dei professionisti della salute di un approccio di comunità centrale nei percorsi odierni di promozione della salute.

L'intervento psicologico di comunità si fonda sulla promozione del cambiamento personale e sociale, agendo attraverso processi che favoriscono il riconoscimento dei bisogni e delle potenziali risposte, dei legami interpersonali e intersistemici. La partecipazione attiva della comunità diviene un nodo centrale per favorire la promozione di salute mentale. In questa direzione gli psicologi e le psicologhe diventano agenti di cambiamento sociale in linea con lo sviluppo del welfare socio-sanitario che in primis richiede di condividere un approccio integrato degli interventi erogati dai professionisti ed operatori dei servizi socio-sanitari. Quest'ultimi dovrebbero essere in grado di affrontare esigenze sociali e di salute considerando la loro interdipendenza, fornire risposte sinergiche rivolte ai cittadini che devono affrontare le condizioni di difficoltà psicologiche e sociali che favoriscono una condizione di disparità nel raggiungere una buona qualità di vita e di salute. Considerare i molteplici fattori che generano disagio, il lavoro svolto dai professionisti dei servizi socio-sanitari, richiede la flessibilità di accogliere i cambiamenti che le comunità locali presentano generando situazioni di disagio nuove che esigono risposte innovative e sostenibili.

In linea con la valorizzazione delle dimensioni comunitarie l'approccio della psicologia di comunità si fonda sul lavoro con "la persona nel contesto" il che vuole dire riconoscere e comprendere l'interdipendenza tra componenti contestuali e individuali, analizzare la transizione dinamica tra individuo e contesti, restituendo competenze individuali, relazionali alle persone per poter affrontare la propria condizione di vita e comprendere quali condizioni degli ambienti di vita favoriscono (o ostacolano) lo sviluppo individuale nelle comunità di appartenenza.

La Società Italiana di Psicologia di Comunità (S.I.P.CO.) opera dal 1994 sul territorio nazionale e di recente ha redatto con il gruppo di lavoro sul tema un documento sulla promozione di salute di comunità (2023, <https://www.sipco.it/lintervento-psicologico-con-e-nelle-comunita-potenzialita-e-prospettive-nellapproccio-della-psicologia-di-comunita/>), in cui si delineano le azioni possibili per le psicologhe e gli

psicologi nei servizi sanitari e nello specifico evidenzia la necessità di implementare un approccio metodologico consono con le linee di sviluppo per le Case di Comunità (CdC). Infatti, come viene ricordato nel documento la psicologia di comunità è orientata alla promozione della salute comunitaria i cui obiettivi sono la crescita e lo sviluppo delle comunità a diversi livelli (macro-meso e micro) entro cui gli individui esprimono bisogni e individuano traiettorie di benessere secondo un approccio di Community Building (McNeely, 1999).

Questa prospettiva di intervento nei servizi socio-sanitari diviene fondamentale, in quanto consente di favorire il lavoro dei professionisti nell'attuare interventi che, se pur specifici, sono tra loro interconnessi, cogliendo nella dimensione comunitaria lo spazio della presa in carico dei bisogni espressi per co-costruire risposte collettive.

In linea con l'approccio di comunità ritroviamo le indicazioni del Tavolo Ministeriale volte all'implementazione di modalità strategiche per attuare, in una logica di appropriatezza e massima integrazione, gli obiettivi assegnati alla professione psicologica-psicoterapica nella normativa vigente e nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per il Servizio sanitario nazionale (SSN), mediante l'ottimizzazione organizzativa, la massima integrazione delle competenze e attività psicologiche con le attività complessive del SSN in una logica di "sistema a rete". Le indicazioni del Tavolo Ministeriale auspicano il massimo apporto alla valorizzazione di un sistema incentrato sui bisogni reali della persona, su un approccio preventivo, proattivo, di promozione delle risorse, e sulla casa come primo luogo di cura, prossimità e continuità tra i diversi livelli del sistema (dalla casa, alla comunità all'ospedale); e sono orientate a valorizzare il ruolo della psicologia per un approccio integrato (multidisciplinare e multiprofessionale) alla persona e come ponte tra gli aspetti sanitari e sociali, anche per generare risparmi e valorizzare la logica costi-benefici attraverso interventi più appropriati ed efficaci.

Nel 2016 durante la conferenza internazionale per lo Sviluppo delle Nazioni Unite, tenutasi a Shanghai, gli obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'agenda 2030 assumono un approccio addirittura globale, affermando che "la salute delle persone non può essere separata dalla salute del pianeta". Inoltre, nel documento si legge che "La salute si sviluppa nei contesti

della vita quotidiana - nei quartieri e nelle comunità in cui le persone vivono, lavorano, amano, fanno acquisti e si divertono.

La salute è uno dei più efficaci e potenti indicatori dello sviluppo sostenibile e di successo di ogni città e contribuisce a rendere le città inclusive, sicure e resilienti per l'intera popolazione". Una prospettiva attuale per la quale gli psicologi di comunità propongono modelli integrati per la promozione della salute di comunità a livello nazionale e internazionale e ben rappresentate attraverso le comunità scientifiche nazionale e internazionale (Società Italiana di Psicologia di comunità, SI.P.CO.; European Community Psychology Association, ECPA; Society for Community Research and Action, SCRA). Partendo da questi presupposti teorici e metodologici si possono individuare strumenti e strategie per la valorizzazione e riorganizzazione dei servizi territoriali su tutto il territorio nazionale con linee di intervento comuni. In quest'ottica diviene significativo pensare allo sviluppo delle Case di Comunità e per comprenderne meglio il significato ricordo lo sviluppo previsto di questo servizio a partire dalle Case della Salute. In Italia nel 2021 erano presenti 554 Case della Salute (2006 con la legge n. 2962, "legge finanziaria 2007"), che avevano lo scopo di rimuovere le disomogeneità nei servizi di cura ravvisabili tra le varie realtà regionali. La sperimentazione delle Case della Salute risponde dunque a pieno all'obiettivo di rendere sostenibile la spesa sanitaria attraverso il riordino della rete ospedaliera e lo spostamento del baricentro delle politiche per la salute sui servizi territoriali e le cure primarie.

L'assistenza primaria viene identificata quale indicatore prioritario dell'esistenza di un sistema di "welfare" nel settore sanitario e sociale ed, in tale ottica, la Casa della Salute rappresenterebbe uno degli strumenti necessari per garantire un simile indicatore.

Alle Case della Salute è affidato il passaggio dal Welfare State al Welfare Community, dove il rapporto tra servizi socio-sanitari istituzionali, privato sociale, cittadinanza e organizzazioni di volontariato dovrebbe consolidarsi sempre di più al fine di rispondere alle nuove domande di salute.

Case della Comunità

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il decreto n. 77/2022 sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Ser-

vizio Sanitario riafferma le case della salute denominandole: Case della Comunità, per sottolineare

- il primo livello di cura e nodo principale di una rete integrata di servizi per la salute e il benessere, che superi la frammentarietà, le carenze e la disomogeneità a livello nazionale evidenziate anche dal momento emergenziale.
- la caratteristica di interdisciplinarietà nelle prestazioni, e si cita espressamente la presenza dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli Infermieri “di famiglia o di comunità” ma non degli psicologi con un approccio di comunità.

Questa contraddizione tra il modello operativo che si prospetta e il valore dell'operato degli psicologi diviene un punto di riflessione importante per attivare un dialogo sul valore dell'intervento psicologico entro il sistema socio-sanitario e nello specifico nel modello operativo delle Case di Comunità che sono concepite come il luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolgendo quattro funzioni principali:

- la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- la comunità ricomponе il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali. (decreto M. S. 77/2022).

L'elemento comune e fondante è la collocazione di quattro funzioni:

- accesso e orientamento alla rete di servizi sanitari, socio-sanitari (e sociali);
- integrazione delle forme di medicina di base (ambulatorio infermieristico, MMG/PLS);
- presa in carico per particolari target di popolazione (tipicamente pazienti affetti da patologie croniche, fragili e anziani non autosufficienti);

- erogazione di servizi sanitari, socio sanitari e anche sociali afferenti a diverse aree funzionali e dipartimenti territoriali (Giudice L. et al, 2021). Pertanto il modello organizzativo per le Case di Comunità risponde alle differenti esigenze territoriali, deve garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza.

Nelle indicazioni del piano nazionale sono previste per Regione almeno 1 Casa della Comunità quale Hub per ogni 40.000-50.000 abitanti.

Il PNRR prevede l'attivazione di 1.350 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove. Attualmente le Regioni presentano tale piano di sviluppo come si legge in tabella:

Tab. 1 - Case della Comunità finanziate con il PNRR e Case della Salute

Regioni	Case della Salute attive (2021)	Case della Comunità Finanziate dal PNRR
Piemonte	71	82
Valle d'Aosta	0	2
Lombardia	25	187
PA Bolzano	0	10
PA Trento	1	10
Veneto	77	91
Friuli Venezia Giulia	0	23
Liguria	4	30
Emilia-Romagna	126	84
Toscana	76	70
Umbria	4	17
Marche	21	29
Lazio	21	107
Abruzzo	5	40
Molise	6	9
Campania	0	169
Puglia	33	120
Basilicata	1	17
Calabria	8	57
Sicilia	55	146
Sardegna	15	50
Italia	554	1.350

Fonte: nostra elaborazione su dati Decreto Ministro Salute 20/01/2022 Giudice L et al (2021)

Attualmente le Regioni non hanno individuato delle linee guida comuni per lo sviluppo delle CdC.

Ma presentano piani diversi per impegni di spesa che vanno dalla costruzione dei luoghi a cui attribuire la funzione di Case di Comunità, alla presenza di iniziative da parte dei servizi presenti per dare voce a programmi in linea con quanto sopra indicato, discussione affrontata nell'ambito delle tavole rotonde tenutesi ad Aosta per il Convegno nazionale di psicologia di Comunità a cui hanno preso parte diversi rappresentanti dei servizi, e enti per discutere in modo critico sul tema.

Quanto emerge è la mancanza di chiare linee programmatiche rispondenti a quanto dovrebbero garantire le Case di Comunità, ossia:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa; la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver (D.M.S. 77/2022).

Questo orientamento va promosso, sostenuto attraverso l'adozione dei modelli di intervento psicologico di comunità che possono trovare piena espressione anche nello sviluppo di un modello di lavoro per i professionisti che saranno nelle Case della Comunità.

L'Hub delle Case della Comunità si configura come proposta di primo servizio di prossimità in cui un'equipe multidisciplinare accoglie e analizza le istanze territoriali di cura, al fine di costruire risposte che attivino e potenziano le reti territoriali dei servizi di prossimità accessibili ai cittadini.

Al momento sembra fondamentale dare un contributo attivo per spazi di confronto/incontro orientati all'esplorazione delle diverse proposte Regionali, partendo dalle esperienze delle psicologhe e psicologi che sono impegnate in servizi con attenzione a coloro che hanno già prestato servizio nelle Case della Salute e alle prime esperienze di lavoro nelle Case di Comunità, per valorizzare nel concreto il lavoro con le comunità territoriali nella prospettiva di cui la psicologia di comunità è portatrice e implementare un modello operativo volto allo sviluppo di servizi di prossimità attivare processi di comunicazione in grado di rinnovare la consapevolezza dell'importanza della realizzazione di percorsi partecipativi di comunità. La S.I.P.CO. è impegnata ad implementare momenti di confronto e dibattito in diverse sedi: accademica, professionale e del terzo settore per contribuire all'apporto della psicologia di comunità e della presenza delle psicologhe e degli psicologi nelle Case di Comunità che rispondano alle linee di lavoro previste nella riorganizzazione delle stesse nelle e con le Comunità territoriali. A tal fine è attiva per la lettura delle esperienze regionali ove sono già presenti le Case di Comunità, per dare visibilità ai modelli utilizzati e ai saperi costruiti, aprire spazi di confronto volti all'esplorazione della cultura organizzativa di cui i professionisti sono portatori per poi comprenderne le ricadute sulla nuova organizzazione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Arcidiacono, C., De Piccoli, N., Mannarini, T. Marta, E. (2021). *Psicologia di comunità. Vol. 1: Prospettive e concetti chiave*. Milano: FrancoAngeli

Giudice L., Mallarini E., Preti L.M., Rappini V., Case della salute: evoluzione delle configurazioni tra fisico, digitale e ruolo nella rete, a cura di Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2021, Egea editore, Milano, 2021:

<https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitol%2013%20Rapporto%20ASI%202021.pdf?RrVyrxtlUNlygRvQiWzT0EWz4RQ87aNn>

McNeely, J. (1999). Community building. *Journal of Community Psychology*, 27(6), 741–750.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199911\)27:6<741::AID-JCOP8>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199911)27:6<741::AID-JCOP8>3.0.CO;2-V)

S.I.P.CO. (2023) <https://www.sipco.it/lintervento-psicologico-con-e-nelle-comunita-potenzialita-e-prospettive-nellapproccio-della-psicologia-di-comunita/>

Wise, M., & Nutbeam D., (2007). Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services? *Promotion & Education*, Volume 14, Issue 2_suppl, Jun, 5-66.

<https://doi.org/10.1177/10253823070140020801x>

PER UNA PROFESSIONALIZZAZIONE DELLA PSICOLOGIA DEDICATA AL WELFARE

Claudio A. Bosio

Fondazione Professione Psicologica Adriano Ossicini

La formazione alla professione psicologica si configura oggi come una nuova opportunità e sfida legata al conferimento di un valore abilitante alla laurea. Al di là degli aspetti formali e normativi della riforma (cfr. DdL 2305, 28-10-21) sul piano dei contenuti attuativi ci troviamo di fronte alla necessità di un ripensamento del design formativo.

Professionalizzare un percorso di laurea richiede infatti la costruzione di un forte intreccio fra scienza e professione psicologica. Detto altrimenti, si tratta di “progettare una formazione per scopi”, ancorata ai posizionamenti e ai contesti della professione.

Nel caso della psicologia il compito appare piuttosto impegnativo, come rivela una ricerca commissionata dal CNOP e realizzata nell'ambito della Fondazione Adriano Ossicini (1) i cui primi risultati evidenziano:

- un modesto valore professionalizzante riconosciuto dalla comunità professionale alla laurea in psicologia per come si è configurata fino ad oggi;
- una costruzione della professione articolata in senso plurale, con specifici profili professionali situati in diversi contesti di azione;
- una dinamica della professione caratterizzata da forti e spesso turbolente spinte al cambiamento.

In generale, per la psicologia ne deriva l'esigenza di riconfigurare un percorso formativo in grado di interfacciare al meglio progettazione formativa e professionale. A questo scopo la fondazione Adriano Ossicini in collaborazione con AIP, CNOP, CPA ha promosso un Think tank a supporto dell'implementazione della funzione abilitante della laurea alla professione (2) i cui risultati nei prossimi mesi saranno messi a disposizione del cantiere accademico-professionale implicato nell'attuazione.

A partire da questo scenario generale possiamo ora inquadrare al meglio il tema oggetto di questo intervento. La già citata ricerca sullo stato e le

prospettive della professione psicologica in Italia (1) evidenzia infatti come gli ambiti della salute e del welfare si configurino come uno spazio prototipico ma anche proto-critico per la professione psicologica (per approfondimenti, cfr. anche 3 e 4).

- L'area "salute" appare come un riferimento professionale primario per gran parte degli psicologi ma al contempo risulta bisognosa di una rimessa a punto sul piano del design professionale.
- La salute, infatti, si articola in modo trasversale rispetto a svariati contesti professionali (psicoterapia privata, salute pubblica, servizi alla persona, scuola...) e assume in relazione ai contesti profili marcatamente diversi ma ancora in buona misura da chiarire e governare nella loro dinamica evolutiva/involutiva.

Il punto riguarda in particolare i contesti pubblici entro cui il sistema di welfare si articola. Un sistema che nel corso degli ultimi anni ha mostrato una presenza della psicologia sempre più debole, quasi "diafana": sia sul piano quantitativo (= diluizione della presenza di psicologi nei servizi) sia sul piano qualitativo (= chiarezza e rilevanza del profilo professionale).

Ciò riguarda anzitutto l'ambito dei servizi sanitari ma anche il settore dei servizi sociali alla persona e la scuola: tre situazioni che sollecitano un potenziamento della presenza psicologica ancorata alle specificità dei contesti e ai cambiamenti in progress delle domande di psicologia generate da questi contesti (con riferimento all'esperienza del COVID ma non solo, cfr.5).

Esercizi di nuove progettazioni non mancano all'interno della psicologia. Forse è arrivato il momento di tessere un dialogo fra queste direzioni progettuali per rispondere al meglio anche sul piano psicologico alla domanda di salute della popolazione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Bosio A.C., Lozza E., Vecchio L. (2023). *Lo stato e le prospettive delle professioni psicologiche in Italia*. Rapporto di ricerca in corso di pubblicazione
2. A.A.V.V. (2023). *Think tank sulla funzione abilitante della laurea in psicologia*. Progetto di ricerca-intervento a cura della Fondazione Adriano Ossicini, AIP, CNOP, CPA.
3. Bosio, A. C. (2014). Pratiche di salute, pratiche di psicologia: per una professionalizzazione della Psicologia della Salute in Italia. *Psicologia della Salute in Italia*, 2, 9-25.
4. Bosio, A. C., Barello, S., & Graffigna, G. (2021). Uno scenario transdisciplinare per la salute: nuovo paradigma per la psicologia e gli psicologi? *Psicologia della Salute*, 2, 17-33.
5. Bosio A.C. (2023). Disegnare la professione psicologica in epoca post-Covid. www.quotidianosanita.it/articolo id=115299



IL DIRITTO ALL'ACCESSO UNIVERSALISTICO ALLA SALUTE

Chiara Crepaldi e Maria Rosara Iardino

Fondazione The Bridge

1. EGUAGLIANZA, EQUITÀ, UNIVERSALITÀ

La nostra Costituzione definisce la salute come diritto inalienabile dell'uomo e la declina sia in termini di sostanziale benessere individuale sia nell'accezione di interesse condiviso. L'Art. 32 infatti statuisce che “La Repubblica tutela la salute come fondamentale **diritto dell'individuo e interesse della collettività**, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

In tale contesto i **principi di equità, eguaglianza e di universalità** rappresentano i cardini su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale. Tali principi consentono di implementare concretamente tale diritto e di assicurare la coesione sociale del Paese contrastando le conseguenze sulla salute derivanti dalle disuguaglianze sociali, conseguenti alle diverse condizioni socio-economiche dei territori¹.

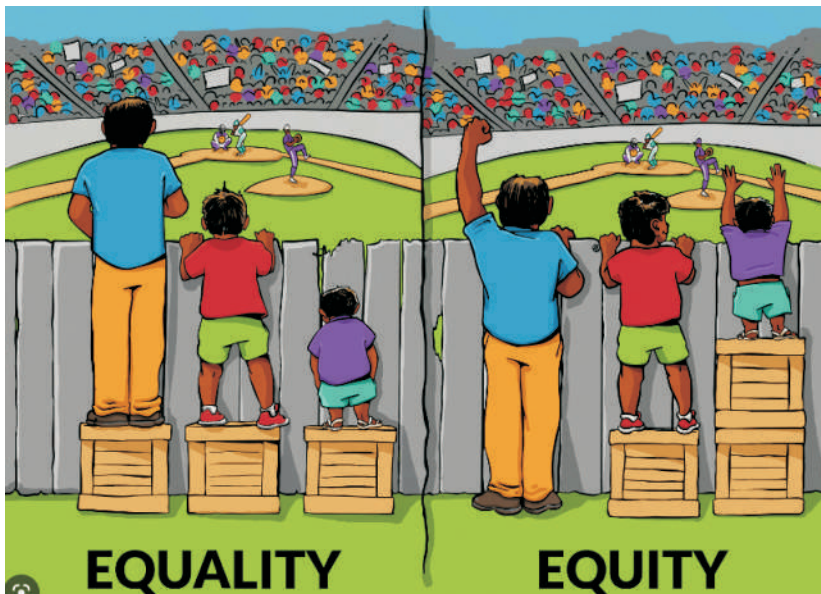
La Costituzione distingue due significati del principio di **eguaglianza**. Il primo comma dell'art. 3 parla di **eguaglianza formale**, secondo cui situazioni eguali vanno trattate in modo eguale: *«Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali»*. Il secondo comma dell'art. 3 della Costituzione parla invece di **eguaglianza sostanziale**: la Repubblica ha il compito di *«rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese»*: ciò si collega all'art. 2 che riconosce i diritti e garantisce i **diritti inviolabili dell'uomo**, tra i quali appunto il **diritto alla salute**: *«La Repubblica riconosce e*

¹ Sito del Ministero della Salute:

https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?id=570&label=uffCentrali&lingua=italiano&menu=uffCentrali

garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale».

Relativamente alla salute l'eguaglianza si esplica nel diritto dei cittadini ad accedere alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche. Tuttavia al concetto di eguaglianza ("*gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono venire trattati egualmente*"), negli anni si è passati progressivamente al concetto di **equità**: a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute, ovvero gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente².



Fonte: *La Costituzione.info*

² "Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale" riportato nel Sito del Ministero della Salute:

L'**universalità** implica l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito. Negli anni, come lo stesso Ministero della Salute nel suo sito istituzionale³ ricorda, si è tuttavia passati da un'idea di **universalità "forte"** nel diritto di accesso ai servizi, caratterizzata dalla sostanziale uniformità organizzativa sull'intero territorio nazionale (tutto a tutti), a un'idea di **universalità "mitigata"**, caratterizzata dalla possibilità di differenziazione organizzativa nei territori attraverso lo sviluppo di un modello, per lo meno negli intenti, volto a sostenere "le prestazioni necessarie ed appropriate a chi ne ha bisogno". Nella teoria il nuovo modello avrebbe comunque dovuto continuare a garantire il progressivo superamento delle disuguaglianze e degli squilibri sociali e territoriali, ma come si vedrà nel paragrafo successivo, non sembra esserci riuscito.

2. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse). Il Ministero della Salute pubblica annualmente un report di valutazione dell'adempimento rispetto al "*Mantenimento nell'erogazione dei LEA*" da parte delle Regioni italiane.

Il **criterio-guida** per selezionare le prestazioni da erogarsi a carico del Ssn è il **principio di appropriatezza**, inteso sia nella accezione di **appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato** e sia di **appropriatezza come regime di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse**.

Lo strumento attraverso il quale il Governo assicura che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) avvenga in **condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità** per tutti i cittadini italiani è il cosiddetto

³ Sito del Ministero della Salute:
https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?id=570&label=uffCentrali&lingua=italiano&menu=uffCentrali

Sistema di Garanzia. È stato introdotto nel 2000 in occasione del Decreto legislativo istitutivo del “federalismo fiscale” (D. Lgs. 56/2000) ed è stato reso operativo attraverso il Decreto ministeriale 12 dicembre 2001 che definiva un set di circa 100 indicatori, individuati sulla base delle fonti informative allora disponibili e le conoscenze in materia.

Nel tempo gli **indicatori sono stati via via affinati** fino ad arrivare in anni molto più recenti ad un sottoinsieme di indicatori più adatto a descrivere le capacità di risposta dei Servizi sanitari regionali ai bisogni di salute della popolazione.

Il 1° gennaio 2020 è entrato in vigore il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria⁴.

“E' lo strumento che consente di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei **Livelli essenziali di assistenza (LEA)**”⁵

I diversi sistemi di monitoraggio ed analisi dell'accesso alle prestazioni e servizi del SSN negli anni hanno tuttavia continuato ad evidenziare **l'elevato livello di disuguaglianza** nell'erogazione delle prestazioni e servizi sanitari nel nostro paese, disuguaglianza che negli ultimi 10 anni non accenna a diminuire, evidenziando come l'attuale sistema non sia funzionale a garantire equità di accesso alle cure e di esito di salute in tutto il paese e a tutti i cittadini italiani.

Queste profonde disuguaglianze non sono semplicemente riassumibili nel gradiente nord sud, ma sono riferibili ad una serie di altri fattori legati a specificità territoriali, che hanno portato ad un maggiore o minore sviluppo dei servizi nei territori, al modello organizzativo e alla capacità della classe dirigente, alla dimensione territoriale.

Gli indicatori individuati all'interno del **NSG Nuovo sistema di garanzia**, evidenziano chiaramente queste disuguaglianze.

Gli indicatori sono distribuiti per macro-aree (o macro-livelli): prevenzione collettiva a sanità pubblica, assistenza distrettuale,

⁴ previsto dal DM 12 marzo 2019

⁵ <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&ar ea=Lea&menu=monitoraggioLea>

assistenza ospedaliera⁶. Gli indicatori sono tutti compresi nello stesso intervallo 0-100 e con punteggio 60 corrispondente alla soglia di sufficienza. Le **disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari** sono molto ampie: la forbice tra le migliori e le peggiori performance tra le regioni registra oltre 57 punti di scarto per la prevenzione, 50 punti per il livello distrettuale e 51 punti per l'area ospedaliera. Lo scarto che c'è tra i risultati delle Regioni è un vero e proprio scarto tra i diritti dei cittadini che deve essere assolutamente colmato.

MONITORAGGIO DEI LEA ATTRAVERSO IL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA, METODOLOGIA E RISULTATI DELL'ANNO 2020 (DICEMBRE 2022) - PUNTEGGI GLOBALI AREE PREVENZIONE, DISTRETTUALE ED OSPEDALIERA

Regione	Area Prevenzione
Umbria	89,6
Emilia Romagna	89,1
P.A. Trento	88,4
Toscana	88,1
Veneto	80,7
Marche	79,0
Piemonte	76,1
Friuli V.G.	75,6
Lazio	74,5
Valle d'Aosta	74,1
Sardegna	70,8
Puglia	66,8
Molise	64,2
Lombardia	62,0
Campania	61,5
Basilicata	57,1
Abruzzo	54,0
P.A. Bolzano	51,3
Liguria	50,9
Sicilia	48,4
Calabria	32,7

Regione	Area Distrettuale
Veneto	98,4
Emilia Romagna	95,2
Lombardia	95,0
Toscana	92,9
Marche	91,7
Piemonte	91,9
Liguria	83,1
Friuli V.G.	80,4
Lazio	80,2
P.A. Trento	78,1
Abruzzo	76,9
Umbria	68,6
Puglia	68,1
Molise	67,1
Basilicata	62,9
Sicilia	62,1
P.A. Bolzano	57,7
Campania	57,1
Valle D'aosta	56,6
Sardegna	49,0
Calabria	48,2

Regione	Area Ospedaliera
P.A. Trento	93,1
Emilia Romagna	89,6
Toscana	80,0
Veneto	79,7
Lombardia	75,6
Piemonte	75,1
Marche	75,1
Friuli V.G.	74,1
Lazio	71,8
Puglia	71,7
Umbria	71,6
Sicilia	69,8
P.A. Bolzano	66,9
Liguria	65,5
Abruzzo	63,5
Valle D'Aosta	59,7
Sardegna	59,3
Campania	59,1
Basilicata	51,3
Calabria	48,4
Molise	41,3

Legenda	
	Massimo punteggio
	Valutazione positiva
	Valutazione insufficiente

⁶ Ministero della salute Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia, Metodologia e risultati dell'anno 2020 per ciascun indicatore appartenente al sottoinsieme CORE è stata elaborata una specifica funzione di valorizzazione che, dato il valore dell'indicatore, calcoli un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente al valore soglia (ovvero di sufficienza) dell'indicatore. Il fine principale dell'utilizzo delle funzioni di valorizzazione è quello di rendere confrontabili i punteggi di tutti gli indicatori, essendo essi tutti compresi nello stesso intervallo 0-100 e con punteggio 60 corrispondente alla soglia di sufficienza. Affinché la Regione sia adempiente, il punteggio di ciascuna area di assistenza dovrà collocarsi nell'intervallo di 60-100. Un punteggio inferiore a 60, anche in una sola area, darà un esito negativo nella valutazione




Differenze analoghe si registrano nel paese per quanto attiene all'accesso alle prestazioni psichiatriche, rilevate tuttavia von in indicatore differente: non un punteggio da 0 a 100 bensì la presenza di posti semiresidenziali e residenziali:

**POSTI SEMIRESIDENZIALI PER ASSISTENZA
PSICHIATRICA NELLE STRUTTURE
TERRITORIALI PER 10.000 RESIDENTI, PER
REGIONE (ASS_DIS_STS_09). ANNO 2020**

Regione	2020
Friuli Venezia Giulia	5,20
Umbria	4,69
Toscana	4,12
Veneto	3,24
Piemonte	3,22
Lazio	3,14
Puglia	2,94
Abruzzo	2,71
Lombardia	2,64
Italia	2,58
Valle D'Aosta	2,50
Liguria	2,43
Marche	2,41
Molise	1,83
Campania	1,80
Emilia Romagna	1,68
Sicilia	1,58
Prov. Auton. Bolzano	1,57
Basilicata	1,52
Prov. Auton. Trento	1,25
Sardegna	0,96
Calabria	0,71

**POSTI RESIDENZIALI PER ASSISTENZA
PSICHIATRICA NELLE STRUTTURE
TERRITORIALI PER 10.000 RESIDENTI, PER
REGIONE (ASS_DIS_STS_09). ANNO 2020**

Regione	2020
Valle d'Aosta	14,18
Liguria	9,31
Umbria	6,69
Piemonte	6,20
Basilicata	5,63
Marche	5,37
Molise	4,69
Emilia Romagna	4,38
Puglia	4,26
Lombardia	4,19
Veneto	4,06
ITALIA	4,04
Sardegna	4,03
Abruzzo	4,00
Lazio	3,88
Sicilia	3,39
Friuli Venezia Giulia	3,09
Prov. Auton. Trento	3,04
Prov. Auton. Bolzano	2,78
Toscana	2,38
Campania	2,03
Calabria	1,80

Legenda	
	Valore superiore alla media nazionale
	Valore di poco inferiore alla media nazionale (tra 75% e 100%)
	Valore molto inferiore alla media nazionale (inferiore al 70%)

Per superare queste profonde differenziazioni c'è oggi una grande opportunità, offerta dai Fondi Europei della Programmazione della Politica di Coesione 2021-2027, che hanno consentito lo sviluppo del Programma Nazionale Equità nella salute, approvato con Decisione di esecuzione della Commissione Europea C (2022) 8051 del 4 novembre 2022. Il programma è volto proprio a promuovere l'equità e superare le disparità sanitarie nel nostro paese nelle sette Regioni italiane classificate *regioni meno sviluppate*⁷ Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia.

⁷ dalla Decisione di esecuzione della Commissione (UE) 2021/1130 del 5 luglio 2021, che definisce l'elenco delle regioni ammissibili al finanziamento del Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) e del Fondo sociale europeo Plus (FSE+).

Gli obiettivi del Programma sono quelli del rafforzamento dei servizi sanitari e socio-sanitari rendendone più equo l'accesso. Le aree di intervento identificate sono: 1) contrastare la povertà sanitaria, 2) prendersi cura della salute mentale, 3) il genere al centro della cura, 4) maggiore copertura degli screening oncologici. Le azioni sono sostenute dal Fondo Sociale Europeo Plus per € 375.000.000 e dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale per € 250.000.000.

Si auspica vivamente che tali risorse possano venire implementate rapidamente per azioni coerenti con le reali necessità dei territori in modo da poter offrire un contributo efficace alla lotta alle disparità sanitarie nel nostro paese.

3. CONCLUSIONI

Il sistema sanitario universalistico è un valore essenziale nel nostro paese e tale deve rimanere. Negli ultimi anni anche in Italia, come nel resto d'Europa la spesa privata per l'assistenza sanitaria è cresciuta in modo considerevole, legata anche al ruolo crescente, soprattutto nel nord del paese, dei fondi sanitari integrativi, complementari e supplementari. Siamo ormai in un sistema sanitario misto: nel complesso, nel 2021, la spesa sanitaria è stata di 126,6 miliardi di euro, a cui vanno aggiunti i 37 miliardi corrisposti direttamente dai cittadini per prestazioni *out of pocket*⁸.

La sfida di fronte alla quale si trovano i *decision maker* è quella di riuscire da un lato ad affrontare il fenomeno delle **grandissime disparità territoriali** che ancora sono presenti nel nostro paese, e dall'altra di governare ed orientare il ruolo della sanità pagata direttamente dai cittadini, che **rappresenta un ulteriore elemento di disparità tra i cittadini**, in questo caso all'interno dello stesso territorio. La direzione da intraprendere è quella del miglioramento, o, per lo meno, del mantenimento dell'offerta sanitaria pubblica, a garanzia della qualità dell'assistenza ai cittadini e sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

⁸ Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Il Monitoraggio della spesa sanitaria*, Rapporto della Ragioneria dello Stato n.9/2022

Il saper guidare e non il dover subire questa evoluzione, per poterla indirizzare in un'ottica di cooperazione e convergenza con gli obiettivi del Sistema Sanitario Nazionale, risulterà la sfida cruciale dei prossimi anni⁹.

⁹ Fondazione The Bridge, Health Sustainable Innovation, Quaderno n.1/2019 <https://www.fondazione thebridge.it/wp-content/uploads/2018/09/Quaderno-Health-Sustainable-Innovation-1.pdf>

WELFARE DI PROSSIMITÀ: I PRESIDI DI RESILIENZA PSICOLOGICA TRA PROGETTUALITÀ E REALIZZAZIONI

E. Camussi¹

1. IL CONTESTO ATTUALE

Come noto, la pandemia da Covid-19 e le sue conseguenze di ordine sociale ed economico hanno prodotto un drastico impatto sul livello di benessere di persone, gruppi e comunità, arrivando a compromettere in larga parte anche la fiducia verso il futuro. Nello stesso tempo l'aumento di povertà, barriere sociali e precarietà hanno accentuato le dimensioni di instabilità e non linearità tipiche della post-modernità, accrescendo il senso di incertezza e preoccupazione (Ginevra, et al., 2020; Roozenbeek et al., 2020). In termini di malessere psicologico, i dati (di cui in Italia è difficile avere un quadro aggiornato tramite indagini pubbliche) raccolti tra gli altri dal Mind Health Report 2023² confermano che l'Italia è un Paese la cui popolazione avverte un disagio crescente, con il 56% degli intervistati che dichiara alti livelli di stress, derivanti da isolamento sociale, e timori per il futuro, quali il cambiamento climatico, le conseguenze della guerra etc. Da questo punto di vista gli effetti della pandemia hanno colpito sia trasversalmente la popolazione tutta sia specificamente alcuni gruppi sociali: in particolare le/gli adolescenti, con alti livelli di ansia, depressione, solitudine e paura; le donne, accentuando i gap in ambito professionale e retributivo, nonché i rischi di violenza di genere; più in generale, una parte importante del malessere continua a riguardare, per uomini e donne, il rapporto con il lavoro (Rossi et al, 2020). A fronte di questa situazione, solo il 3,6% del Fondo Sanitario nazionale viene destinato alla salute mentale, collocando l'Italia ventunesima nel mondo, dopo la Grecia e la Corea del Sud (Headway – Mental Health Index 2.0, 2023) e indicando allo stesso tempo la scarsa capacità di reagire adeguatamente alla crisi, in particolare nel confronto con l'Europa dove la Finlandia detiene il primato per le

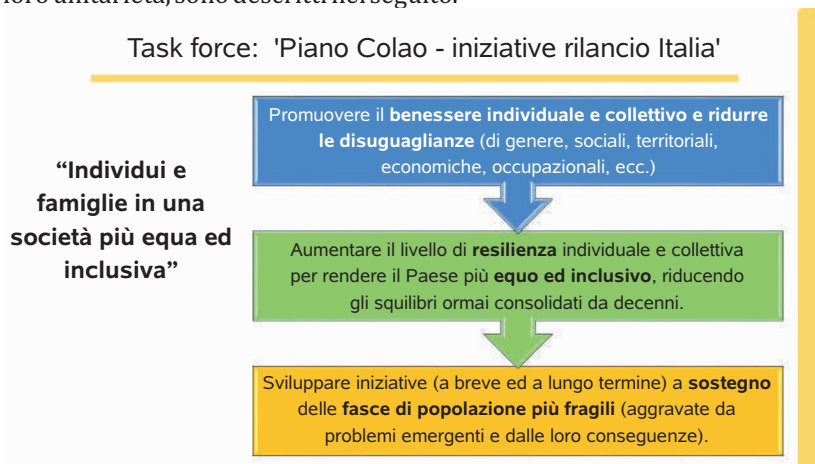
¹ Professoressa Associata di Psicologia Sociale, Dipartimento di Psicologia –Università di Milano Bicocca. Presidente della Fondazione per la Professione Psicologica Adriano Ossicini. Componente Comitato Pari Opportunità CNOP. Coordinatrice Comitato Pari Opportunità Ordine degli Psicologi della Lombardia.

² Indagine sulla salute mentale e il benessere condotta da IPSOS su un campione di 30.600 persone di età compresa tra i 18 e i 74 anni in 16 Paesi.

risorse destinate a promuovere la resilienza del Paese. Per questo la Commissione Europea ha promosso la Strategia Europea per la Salute Mentale - ratificata a giugno 2023 - con l'obiettivo di incentivare i diversi Paesi nella costruzione di una strategia coordinata e multiapproccio di risposta alla crisi. In Italia, come sappiamo, nel luglio 2022 è stato finalmente approvato il Bonus psicologo (divenuto strutturale nel 2023, seppur con finanziamenti insufficienti rispetto alla numerosità delle richieste) mentre - alla data in cui si scrive - non è ancora stata approvata a livello nazionale la legge sullo Psicologo delle Cure Primarie né quella sullo Psicologo Scolastico, figure invece già regolamentate in alcune regioni italiane.

2. 2020: IL WELFARE NEL PIANO COLAO

Alle problematiche sopra indicate avrebbe dovuto rispondere il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) 2021-2026, che ha recepito - con alcune mancanze significative - parte del lavoro prodotto dal "Comitato di esperti in discipline economiche e sociali", istituito dal Presidente del Consiglio ad aprile 2020 e coordinato da Vittorio Colao. Chi scrive è stata componente del Comitato di esperti (più informalmente indicato come Task Force Colao) e ha curato in particolare la Sezione del Piano Colao dal titolo "Individui, famiglie e società" (Camussi, 2020; Camussi et al., 2021), i cui contenuti, che nel PNRR si ritrovano solo parzialmente e comunque "diluuti" nelle varie Missioni o Azioni trasversali a scapito della loro unitarietà, sono descritti nel seguito.



Si tratta di problematiche da tempo note, in particolare alla psicologia sociale e a quella di comunità, rese ulteriormente salienti (e gravi) da pandemia e post pandemia.

L'obiettivo della Sezione coordinata da chi scrive non è stato dunque “inventare temi” assenti nella letteratura scientifica nazionale e internazionale, ma trovare le forme più utili per inserire questi temi in un documento governativo di tipo programmatico, corredandoli contemporaneamente di strategie di risoluzione, a partire dai vincoli. Tra i vincoli c'erano da considerare le tempistiche, le risorse economiche, il coinvolgimento dei decisori in ambito politico, e, prima ancora, l'approvazione da parte degli altri componenti la Task Force, aventi per la maggior parte expertise giuridico ed economico, e più complessivamente propensi a considerare questo tipo di interventi come “posticipabili”.



Le progettualità contenute nella Sezione “Individui, famiglie e società” erano a loro volta declinate in “Schede di azione”, ciascuna contenente una sintesi delle condizioni di contesto, gli interventi da intraprendere, i soggetti istituzionali da coinvolgere, i tempi di realizzazione e le fonti di finanziamento.

Welfare inclusivo e territoriale di prossimità

L'emergenza Covid-19 ha messo in luce i limiti dell'attuale sistema di welfare

Risulta, quindi, necessario....



Di seguito la Scheda n° 87, intitolata Presidi di Welfare di prossimità (o Presidi di Resilienza Psicologica)

INDIVIDUI E FAMIGLIE
XXI. Potenziare il welfare inclusivo e territoriale di prossimità, per promuovere resilienza individuale e coesione sociale

87. | Presidi di Welfare di prossimità

Implementare il modello di welfare di prossimità (luoghi fisici e virtuali di incontro, orientamento alla fruizione di servizi esistenti, definizione di interventi aggiuntivi, ecc.) nelle aree metropolitane e nelle città con più di 50.000 abitanti o in comuni consorziati, rivolto a individui e famiglie per fronteggiare e curare le fragilità emerse con la crisi o preesistenti ad essa e promuovere il benessere individuale e collettivo.

Contesto

- Nelle scienze sociali e psicologiche il termine resilienza psicologica connota la capacità degli individui e delle comunità di affrontare costruttivamente gli eventi traumatici, riorganizzando la propria vita. L'emergenza sanitaria, economica e sociale hanno messo in luce la necessità di riforma del sistema di welfare italiano (l'ultima innovazione risale alla L.328/2000, con la centralità del Terzo Settore) per rispondere a differenti esigenze. I servizi sociali sono infatti ancora concepiti come rivolti essenzialmente ai cittadini fragili (che spesso non vi accedono quanto dovrebbero a causa di carenze di varia natura del sistema): le persone che attraversano problemi "ordinari" (genitorialità, invecchiamento, malattia, conflitto etc.) non fruiscono di tali servizi e spesso improvvisano soluzioni individuali e costose. Un welfare contemporaneo deve invece sostenere le fragilità e insieme promuovere benessere individuale e collettivo per aumentare il capitale sociale.

Azioni specifiche

- I presidi sono strutture comunali multiservizio di incontro, orientamento e intervento rivolti a individui, famiglie, anziani, gruppi di pari. I professionisti che vi operano (psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, career counselors) saranno formati per offrire soluzioni di welfare peculiari a bisogni personalizzati. I presidi saranno realizzati nei Comuni con più di 50.000 abitanti o presso Comuni consorziati, nell'ambito normativo designato dalla legge 328/2000 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), con il coinvolgimento di ANCI, Ministero Lavoro e Previdenza Sociale, Ministero Salute, Forum Terzo Settore e Ordini Professionali. Principali funzioni:
 - Presenza in carico multidisciplinare sulle situazioni di disagio eto svantaggio.
 - Prevenzione di fenomeni di devianza sociale, dispersione scolastica, dipendenza, violenza di genere, tramite individuazione dei target e attivazione di interventi ad hoc in particolare nelle periferie urbane.
 - Interventi per giovani ed adolescenti, di sostegno all'utilizzo positivo del tempo e al riconoscimento delle proprie potenzialità, anche attraverso la chiave ludico-educativa.
 - Sostegno sulle situazioni transitorie di crisi e difficoltà (lutto, separazione, licenziamento), di transizione (neo genitori, trasferimento, pensionamento...), di conflitto (es. vicinato).
 - Orientamento ai servizi pubblici e del privato sociale, formali e informali, presenti sul territorio.
 - Coinvolgimento delle realtà pubbliche e del terzo settore del territorio (Servizi sociali ed educativi dei Comuni, agenzie di tutela della salute, attori del privato sociale, Banche del Tempo).
- La Cabina di regia Benessere Italia avrà il compito di fornire dati, analisi e statistiche utili a monitorare l'andamento dei fenomeni trattati ed informare la progettazione/evoluzione dei modelli di intervento.

Logiche e fonti di funding **Principalmnte Pubblico** **Principalmnte Privato** **No funding**

Tempistiche per lancio iniziativa **Attuare subito** **Finalizzare** **Strutturare**

Come indicato nella Scheda, i Presidi di Resilienza psicologica sono luoghi fisici (ma anche virtuali) di incontro, orientamento e intervento nei quali grazie a professionisti (psicologhe e psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, Career Counselors, etc.) formati per trovare soluzioni di welfare peculiari a bisogni personalizzati, fruire di servizi rivolti a individui, famiglie, gruppi di pari, attivare forme di Welfare comunitario e sviluppare azioni di cittadinanza attiva e mutualismo.

L'accessibilità del luogo è un elemento decisivo: cittadine e cittadini devono trovare in questo ambito risorse e proposte che intervengano su più livelli della persona in una chiave interdisciplinare e integrata: i Presidi di resilienza psicologica e sociale sono infatti un servizio utile per integrare i servizi sociali e sanitari già esistenti. Nel progetto descritto nella Scheda 87, tali Presidi sono rivolti a singoli Comuni superiori ai 50.000 abitanti o a Comuni consorziati e l'implementazione è affidata alla cabina di regia di competenza dei Comuni, nell'ambito normativo disegnato dalla legge 328/2000, attraverso il loro inserimento nei Piani di Zona con il coinvolgimento delle Aziende Sanitarie Locali e del Terzo Settore. Possono essere considerati un LEAS o un LIVEAS (nella logica del Livello essenziale di assistenza) e si inseriscono pienamente nel contesto legislativo previsto dalla Legge 328/2000, sia, come detto, a livello di integrazione socio-sanitaria, sia rispetto ad una compartecipazione del Terzo e del Quarto Settore alla progettazione delle politiche e dei servizi sociali. In questo senso tali Presidi possono contribuire ad un rilancio dei principi di welfare societario e di partecipazione che avevano ispirato il legislatore durante la stesura della Legge 328/2000.

3. 2023: COSA RESTA NEL PNRR

Sarebbe facile sostenere che nel corso di questi 3 anni (2020-2023) il contesto e gli investimenti sono cambiati al punto da rendere non più necessaria una progettualità come quella indicata nella proposta dei Presidi di Resilienza, che fa della prossimità – fisica e virtuale - lo strumento principale della prevenzione per l'intero ciclo di vita. Su questo occorre ragionare anche a partire dall'inserimento, nel PNRR, delle Case della Comunità, che sembrano in parte recepire la necessità di un welfare inclusivo e di

prossimità come quello sopra descritto, anche se, a 2 anni dall'avvio del Piano Nazionale, si procede con lentezza e disomogeneità. Già prima della pandemia esistevano infatti le Case della Salute, la cui distribuzione variava moltissimo su base regionale, con l'Emilia-Romagna e la Toscana che ne avevano rispettivamente 124 e 76, e regioni come la Lombardia che non ne avevano neppure una, in una complessiva scarsità di diffusione a livello nazionale e poche valutazioni di impatto (Brambilla, Maciocco, 2022).

Al tempo stesso nel PNRR sono previste 1350 Case della Comunità in tutto il Paese, una ogni 44.000 abitanti³. Resta per ora non effettuata la mappatura delle strutture già esistenti e la rilevazione dei bisogni, così come resta debole e mal definito nel Piano Nazionale - al di là di singoli progetti ed esempi virtuosi - il proprium del sociale/socio assistenziale. E la realizzazione procede a rilento, con rilevanti difformità regionali sia nell'implementazione delle Case della Comunità sia nel rapporto tra le nuove strutture e i servizi sanitari e socio-assistenziali già esistenti (che in alcuni casi vengono semplicemente chiusi per trasferire il personale, senza considerare i danni derivati in pandemia dall'assenza dell'assistenza territoriale).

4. IL PROGETTO “LA RESILIENZA ITALIANA”

Come noto la definizione di *prossimità* supera quella di *solidarietà*: mentre quest'ultima è fondata sulla linearità - bisogno, risposta, gratitudine - la prossimità è fondata sulla circolarità. Si parte dal riconoscimento del bisogno, a cui segue un primo sostegno, la gratitudine per quanto ricevuto e l'offerta di un'opportunità per (ri)-connettersi con la propria comunità, agendo con protagonismo (in prospettiva di empowerment sociale) per uscire dalla condizione di bisogno. In seguito, una volta riacquisita la propria autonomia, ci si rimette in gioco per sostenere quella comunità che ha accompagnato il percorso. Quello che cambia nei due schemi è la natura della relazione, che nel caso della prossimità non solo non è più occasio-

³ Su questo tema si veda anche l'intervento di Fortuna Procentese, Presidente SIPCO.

nale o emergenziale, ma si fonda sulla reciprocità (Barbarossa, 2020; Bongiovanni & Androlini, 2023). Da questo punto di vista, il quid dei Presidi di Resilienza sta nell'approccio psicosociale con cui sono stati progettati: guardando ai bisogni delle persone *tutte*, lungo il ciclo di vita, in ottica di prevenzione e contemporaneamente di superamento di una prospettiva strettamente sanitaria ed emergenziale, quale rischia di caratterizzare anche l'attuale disegno delle Case della Comunità.

Esistono infatti in letteratura diverse strategie di promozione della resilienza psicologica: da quelle centrate sul benessere psicologico, focalizzate sulla qualità della vita, sulle strategie di coping e sul supporto sociale; a quelle che lavorano sull'incremento delle risorse interne per lo sviluppo delle competenze.

Perseguendo come obiettivo la promozione di strumenti che permettano alle persone di sviluppare adattabilità al cambiamento, attraverso sia formazione che sostegno (Lazzari et al, 2020; Modersitzki et al, 2020).

Psicologhe e psicologi come facilitatori

A questo si aggiunge che la pandemia di Covid-19 ha accelerato una serie di processi che erano già in atto, come per esempio la presenza della tecnologia nel lavoro e nelle attività della vita quotidiana. Motivo per il quale i Presidi di Resilienza prevedono anche lo sviluppo di servizi tecnologici e a distanza, nei quali la dimensione della prossimità “in presenza” viene salvaguardata a partire da una figura professionale di “facilitatore”, ossia *uno psicologo/a di prossimità* adeguatamente formato che intercetta persone e bisogni in luoghi fisici della quotidianità: supermercati, uffici postali, farmacie ma anche Laboratori di Quartiere nelle case popolari, luoghi di aggregazione etc.

Questa figura, formata per riconoscere bisogni, aiutare a trasformarli in domanda, supportare processi di re-invio deve essere infatti in grado di ricondurre alla rete dei servizi territoriali (il CPS di riferimento, il CAF per accedere a una misura di sostegno al reddito, il servizio sociale del territorio per una presa in carico etc.).

Chi “facilita” deve inoltre favorire l'interazione tra i servizi online e la rete territoriale nelle diverse fasi di presa in carico (Marotta, 2021)

I servizi on line

I servizi online si articolano prevalentemente in tre direzioni reciprocamente integrate (Camussi, 2020; Camussi et al., in progress):

- 1) cicli di podcast brevi dedicati alla sensibilizzazione e alla divulgazione di contenuti legati al benessere psicosociale, alla resilienza psicologica, allo sviluppo di *soft e life skills* (strategie di coping, costruzione del futuro in condizioni incerte etc.). I podcast rappresentano uno strumento facile e innovativo di cui la persona può fruire attivamente e in modalità peculiari e personalizzabili. Questo strumento ha potenzialmente una diffusione di massa peraltro già sperimentata in altri contesti nazionali.
- 2) open space virtuali (collegati ai podcast) sullo sviluppo di resilienza e sull'incremento delle *soft skills*; I contenuti già veicolati coi podcast, vengono rielaborati attivamente con i partecipanti e calati nel contesto di vita, lavoro e relazioni con l'obiettivo di situare strategie di cambiamento possibile improntate al benessere psicologico e all'attivazione delle risorse (personali, sociali, istituzionali). Vengono proposti a rotazione 10 diversi format di incontri con massimo 30 persone per ogni appuntamento. Le psicologhe e gli psicologi di prossimità che conducono questi momenti di incontro e di confronto hanno poi anche il ruolo di accompagnare i singoli partecipanti nell'identificazione e nella fruizione delle risorse sociali e istituzionali presenti nei contesti specifici di residenza.
- 3) stanze virtuali (a bassa soglia) sull'esempio del progetto «Italia ti ascolto» (incontri a piccoli gruppi con psicoterapeuti, Ordine Psicologi della Lombardia). Si tratta di uno strumento che si focalizza non su abilità e competenze da sviluppare ma su situazioni specifiche e “critiche” (ad esempio il lutto, la maternità, i repentini mutamenti di condizione lavorativa, la malattia etc.) o su fasce definite di popolazione (ad esempio anziani, donne, disoccupati, adolescenti e giovani adulti...). L'obiettivo è intercettare precocemente situazioni di particolare fragilità e malessere da ricondurre ai Servizi.

Il monitoraggio

Una progettualità di questo tipo prevede di avviare e mantenere un costante lavoro di monitoraggio volto alla valutazione dell'efficacia del progetto, alla misurazione dei benefici psicologici e sociali relativi alla fruizione dei servizi, all'analisi dei dati aggregati relativi ai partecipanti e ai bisogni che emergono, all'aggiornamento del progetto in relazione all'evoluzione del contesto (economico, sociale, sanitario...). Questa attività è fondamentale e fondante sia in un'ottica di efficacia dell'intervento, sia in chiave di prevenzione individuale e collettiva della fragilità sociali e del malessere psico-fisico.

In tale prospettiva è possibile elencare gli impatti attesi su:

1. le persone

- Facilità di accesso ai servizi.
- Presa in carico multidisciplinare.
- Diminuzione del rischio di esclusione sociale, riduzione delle disuguaglianze, superamento di momenti di crisi, costruzione di percorsi individualizzati.

2. la comunità

- Maggiore facilità di accesso ai servizi e alla presa in carico di situazioni di disagio e svantaggio.
- Ritorno a una dimensione territoriale e non ospedalizzata dei servizi sanitari e maggiore integrazione socio – sanitaria in un'ottica di benessere di comunità.
- Aumento e miglioramento delle relazioni di prossimità, attivazione di reti formali e informali di mutuo-aiuto nei quartieri e nei comuni, lavoro integrato tra i servizi territoriali che operano su diverse dimensioni e/o gruppi sociali.
- Minore sovrapposizione di servizi e ottimizzazione delle risorse in campo.

3. la società nel suo complesso

- Aumento della coesione e del capitale sociale.
- Maggiore integrazione dei servizi alla persona e facilità nel costruire reti di promozione sociale.

- Approccio non meramente assistenziale per far fronte alle fragilità economiche, al disagio psicologico e alle disuguaglianze promuovendo competenze e risorse delle persone che favoriscano l'inclusione dell'individuo e sostengano crescita e autonomia.

5. Per concludere: la prossimità nelle parole delle cittadine e dei cittadini

L'esperienza di partecipazione al "Comitato di esperti in discipline economiche e sociali" ha permesso anche di sperimentare, tra aprile e giugno del 2020, un'interlocuzione con la cittadinanza attraverso le numerosissime mail ricevute. Da queste si possono evincere sia le rappresentazioni della professione psicologica, che l'esplicitazione dei bisogni e l'idea stessa di prossimità. Tutti temi, diversi per priorità, urgenza e dimensione, e solo in apparenza legati alla pandemia, rispetto ai quali la psicologia può agire come importante fattore di promozione del benessere e del capitale sociale. Non a caso le persone esordivano sistematicamente scrivendo: "Lei che è una psicologa non può non capire che...".

A seguire alcuni stralci:

L'isolamento degli studenti fuori sede

- "Sono due mesi che siamo isolati, lontani dalle nostre famiglie, in serie difficoltà economiche, costretti a pagare un affitto da studenti senza alcuna entrata lavorativa e senza alcuna utilità, essendo chiuse le università. Queste difficoltà si aggiungono ovviamente a quelle psicosociali, al fatto che abbiamo vent'anni e siamo totalmente deprivati. Non vogliamo libera circolazione, solo poter tornare a casa ed evitare di compromettere il nostro futuro, sia economico sperperando soldi per affitti, bollette e spese che non hanno alcun senso, sia psicologico rimanendo soli".

I fidanzati separati

- "Dopo 50 giorni credo sia giusto far rivedere due persone che si amano anche se non hanno un legame come il matrimonio! Un nonno può rivedere un nipotino e un giovane ragazzo non può rivedere la propria ragazza! Non credo sia giusto per noi giovani!".

Le famiglie separate

- “Professoressa la scongiuro, chiedo che venga garantita la possibilità che un padre possa andare a trovare i propri figli anche fuori regione. Le faccio notare che non sto chiedendo di poter andare in una seconda casa o di vedere amici fuori regione: solo rivedere mia figlia e mia moglie”.

Le coppie non conviventi

- “La prego di considerare anche le decine di migliaia di cittadine/i che fanno parte di una coppia “non convivente”: dall'inizio di marzo siamo (io sono nel novero) del tutto impossibilitati a fare quella che era la normale vita di coppia. Vi prego di considerare anche questo aspetto. Il proprio partner / compagno / compagna rappresenta, o almeno dovrebbe, il principale punto di riferimento della persona adulta. L'assoluta impossibilità di vedersi ed evidentemente di condividere qualsiasi cosa rappresenta una violenza psicologica di non poco conto”.

Gli psicologi pagati da educatori

“Come lei saprà, all'interno di una struttura è importante lo psicologo per poter svolgere interventi finalizzati a migliorare il benessere psicologico degli ospiti e degli operatori nonché per migliorare il clima relazionale all'interno delle strutture sia tra operatori, che tra gli ospiti che tra operatori-ospiti proprio per la capacità dello psicologo di analizzare i comportamenti umani, supervisionare e rielaborare attribuendo nuovi significati ai comportamenti e rendendo più accessibile l'attribuzione di significati meno lineari ai conflitti, risonanze interne e resistenze. Sarebbe utile che venissero definiti con chiarezza le ore necessarie di presenza dello psicologo, gli interventi richiesti e il salario minimo proprio per evitare che le cooperative sfruttino a loro vantaggio queste lacune ottenendo uno psicologo al costo di un animatore o un educatore”.

La DAD e la riscoperta della relazione

“Da tutti gli interventi emerge che la DaD, imposta nell'emergenza sanitaria, ha reso evidente, se mai ce ne fosse stato bisogno, che alla base dell'insegnamento c'è la relazione. E in tutti s'impone una domanda spesso accantonata nella frenesia lavorativa che è diventata “normalità”:

cosa è la scuola? Come è bene che prosegua dopo l'epidemia? Per la scuola, infatti, come per la società, è ora di pensare al futuro”.

Sport, benessere, lavoro

- “Spett.le Dott.ssa, leggo e sento parlare in questi giorni di ripartenze di grandi aziende, di trasporti, marginalmente di commercio. Se si parla di sport, ahimè soltanto di calcio. Non esiste soltanto il calcio... ci sono altri sport, che si praticano all'aria aperta, e che in alcune loro declinazioni hanno e possono avere una funzione sociale e terapeutica. Oltre a dare da vivere a numerose persone. Già perché gli sport sono hobby per chi li pratica, ma lavoro per le persone che se ne occupano”.

I difficili rapporti di vicinato

- “L'attuale situazione ha reso necessario lo *smart working* come modalità ordinaria di svolgimento dell'attività lavorativa. Ciò ha accentuato i problemi di convivenza con il vicinato. Penso che questo sia un tema che andrebbe sottoposto ad esame per la gestione delle prossime fasi della crisi”.

Il ruolo della cittadinanza attiva

- “All'Italia, per ripartire, servono tutte le risorse disponibili e perché non attingere all'elemento umano, ai cittadini a cui questo ripartire crea benessere, agli operatori sociali e psico-sociali già presenti sui territori e che hanno contezza di quanto le persone siano risorse? Usate tutte le risorse disponibili, le persone non vogliono solo sussidi, desiderano essere parte attiva”.

La resilienza degli anziani

- “Grazie, infiniti ringraziamenti anticipati alla squadra chiamata ad aiutare il nostro Paese per superare questo difficilissimo momento. Il compito affidatovi è arduo, difficilissimo ma allo stesso tempo meritevole e gratificante. Domani compirò 71 anni, dico questo a dimostrazione del fatto che non lotto tanto per me quanto perché amo il mio bel Paese e soprattutto lotto per i miei nipotini affinché questo Paese offra loro il meglio possibile e si trovino incoraggiati a restare in esso”.

Il turismo e la fiducia nel futuro

- “Gentile Dott.ssa Camussi, come sa l'emergenza sanitaria in atto ha colpito duramente l'economia mondiale e in particolare il settore del turismo, che di fatto è rimasto immobile di fronte alla pandemia. Come guardare al futuro con ottimismo? Quali le strade da seguire, quali le soluzioni concrete per gli operatori che oggi sono allo sbando? Adesso c'è bisogno di un atteggiamento positivo verso il futuro! Noi ci crediamo e siamo pronti a ripartire, più forti e compatti di prima.”

La community di psicologhe e psicologi

- “Vorrei complimentarmi con Lei per la nomina tra gli esperti della Task force del Governo. Sono convinta e fiduciosa che saprà bene rappresentare la voce professionale degli psicologi clinici che operano su tutto il territorio nazionale, tenendo in considerazione anche gli psicologi ospedalieri che, seppur in numero esiguo, hanno attivato azioni di prevenzione primaria e secondaria al fine di sostenere infermieri, medici e responsabili di reparti per fronteggiare al meglio lo stress e le criticità emotive venutesi a determinare con l'emergenza COVID-19”.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Barbarossa, D. (2020). Dalla solidarietà alla prossimità. *Vita International – Comitato Editoriale*. <https://www.vita.it/dalla-solidarieta-alla-prossimita/>

Bongiovanni, L., Andorlini C. (2023) Osservatorio sulla prossimità in Italia. Terza edizione- *Impresa Sociale, N°. 1/2023*. <https://www.rivistaimpresasociale.it/rivista/articolo/osservatorio-sulla-prossimita-in-italia-terza-edizione>

Brambilla, M., Maciocco G. (2022) Dalle Case della Salute alle Case della Comunità, Carocci Editore: Firenze.

Camussi, E. (2020) “Individui e famiglie in una società più equa ed inclusiva”- In Comitato di esperti in materia economica e sociale “Iniziative per il rilancio “Italia 2020-2022”, Rapporto per il Presidente del Consiglio dei Ministri.

https://reterus.it/public/files/GdL/Inclusione_e_GS/Piano_Colao.pdf

Camussi, E. (2020), Un Paese tra desiderio e timore del ritorno alla normalità, *Affari Internazionali*, (10), 2020.

<https://www.affarinternazionali.it/2020/10/un-paese-tra-desiderio-e-timore-del-ritorno-alla-normalita-parla-elisabetta-camussi-comitato-esperti-task-force-colao/>

Camussi E., Rella R., Grigis P, Sassi C. & Annovazzi C. (2021) “Women and Covid19: how the Italian Government Task Force fostered Gender Equity”. *Front. Hum. Dyn., 10 September 2021*. <https://doi.org/10.3389/fhumd.2021.704727>

Camussi, E. Pirovano A., Sbarra M.L., Sassi C, (in progress) “La Resilienza Italiana”

Ginevra, M., Santilli, S., Di Maggio, I., Nota, L., Soresi, S. (2020). Development and validation of visions about future in early adolescence. *BRITISH JOURNAL OF GUIDANCE & COUNSELLING*, 48(2), 155-167 [10.1080/03069885.2018.1550188].

Lazzari, D., Bottaccioli, A.G. & Bottaccioli, F. (2020). Promuovere la resi-

lienza italiana della popolazione italiana contro Sars-Cov-2. In "PNEI REVIEW" 1/2020, pp. 6-25, DOI:10.3280/PNEI2020-001002.

Marotta, I. (2021). *Incontro Fuori Luogo. Interview with Elisabetta Camussi*. Fuori Luogo. Rivista Di Sociologia Del Territorio, Turismo, Tecnologia, 8(2), 81-87. <https://doi.org/10.6092/2723-9608/7666>.

Modersitzki N., Phan LV, Kuper N., Rauthmann JF. (2020). Who Is Impacted? Personality Predicts Individual Differences in Psychological Consequences of the COVID-19 Pandemic in Germany. *Social Psychological and Personality Science*.

Roozenbeek, J., Schneider, C. R., Dryhurst, S., Kerr, J., Freeman, A. L., Recchia, G. & Van Der Linden, S. (2020). Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. *Royal Society open science*, 7(10), 201199.

Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A. & Di Lorenzo, G. (2020). Covid-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N=18147 web-based survey. *Frontiers in Psychiatry*, DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00790.

LA PROFESSIONE PSICOLOGICA NEL TERZO SETTORE

Mirco CASTELLER

Presidente Comitato Tecnico Veneto Welfare - Regione Veneto

Psicologo - Psicoterapeuta

Di fronte alla crisi strutturale del welfare pubblico ed ai pressanti interrogativi sulla sua sostenibilità sotto il profilo finanziario e dell'equità sociale, nell'era post covid, si manifesta una maggiore attenzione verso il cosiddetto "welfare secondario", che acquista sempre più rilevanza economica e valore sociale. La prima sfida investe il sistema pensionistico, da decenni sottoposto a continui interventi normativi che determinano tensioni sociali e alimentano conflitti politici e sindacali. Un aspetto, tuttavia, risulta incontrovertibile: la sola previdenza obbligatoria, così come venutasi a modificare a partire dagli anni '90, non è più sufficiente a garantire una adeguata protezione dei lavoratori al termine della loro vita lavorativa, rendendosi pertanto indispensabile il ricorso a forme pensionistiche complementari o integrative. Al tempo stesso non solo la previdenza ma anche il sistema di welfare universalistico, in particolare il sistema sociosanitario, vive un momento di svolta. Il progressivo incremento di una popolazione sempre più anziana, che esprime nuovi bisogni, oltre a richiedere profonde trasformazioni nella tipologia e nell'organizzazione dei servizi, determina soprattutto squilibri finanziari, cui si fa fronte richiedendo una sempre maggiore compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini oppure con una riduzione delle prestazioni. In ragione di ciò cresce la domanda di intervento dei fondi sanitari integrativi di tipo assicurativo o mutualistico.

Si aggiunga che, per effetto del COVID 19, negli ultimi tempi si sono acuitizzate alcune situazioni di cronica sofferenza sociale e si sono create nuove emergenze, cui il sistema di assistenza pubblica gestito in prevalenza dagli enti locali stenta a dare risposte adeguate.

In questi ultimi anni, anche come reazione agli effetti negativi della crisi economica e pandemica, si stanno sviluppando altre forme di welfare secondario, vale a dire un insieme di nuove politiche sociali realizzate al di fuori dell'intervento pubblico, ad opera di attori diversi. In questo secondo

ambito, soprattutto grazie al sostegno normativo e fiscale introdotto negli ultimi anni, è fortemente cresciuto l'interesse verso forme di welfare aziendale di tipo contrattuale, con cui si riconoscono ai dipendenti e ai loro familiari una serie di benefits, che vanno oltre i confini tradizionali (previdenza complementare e sanità integrativa), ma toccano le aree dell'istruzione, della assistenza domiciliare, della cultura, del benessere, della conciliazione vita/lavoro). Il secondo welfare, sia nelle forme legate alla contrattazione collettiva (accordi territoriali e aziendali, bilateralità), sia nelle forme di comunità (mutualità, filantropismo) si propone come possibile risposta alla crisi del sistema pubblico di sicurezza sociale.

Le tendenze sopradescritte spingono sempre più le istituzioni pubbliche e gli attori sociali a ricercare forme di integrazione positiva tra welfare pubblico e welfare privato, secondo modelli aderenti alle diverse realtà socioeconomiche. Questo processo, tuttavia, trova ancora ostacoli di natura istituzionale, ma ancor più di natura politica ed economica. Al di là delle disquisizioni teoriche sui modelli di welfare, spesso influenzate da pregiudizi ideologici, è diffuso il timore che lo sviluppo di forme di welfare a livello territoriale e ad impronta privatistica produca effetti negativi sugli assetti generali della protezione sociale e sulla distribuzione delle risorse. La criticità della questione consiste proprio nel fatto che molti vedono nello sviluppo dei vari istituti di welfare territoriale (dalla previdenza complementare, alla sanità integrativa, ai vari benefits del welfare contrattuale) un fattore di concorrenza, che sottrae risorse al sistema pubblico. Inoltre, vi è un diffuso timore che l'attribuzione di maggiori spazi normativi alle Regioni, riducendo la funzione regolatrice dello Stato centrale, acuisca le differenze territoriali e possa determinare una riduzione delle tutele o comunque una loro maggiore segmentazione. In questa linea riformatrice, la figura dello psicologo viene schiacciata verso due macroaree che vedono da un lato la crescita professionale e il conseguente riconoscimento sociale della figura e dall'altra le limitate risorse destinate al governo del disagio sociale, non come costo ma come opportunità.

Il terzo settore fa riferimento ad una vasta gamma di realtà e di ambiti d'interesse.

In generale, si tratta di enti organizzativi no-profit di natura privata i quali operano sulla base di principi come l'equità, la giustizia sociale, la sussidiarietà e lo sviluppo sostenibile.

Il Terzo settore o Privato Sociale è stato impiegato in funzioni di welfare le quali, tuttavia, lo Stato non ha intenzione di supportare in proprio e che sono pensate come non retribuite per una gestione meramente privata e lucrativa, vivendo di stanziamenti erogati su una base di riduzione costante dei costi. Si può dunque affermare che tale settore sia fortemente coinvolto nelle dinamiche meno protezionistiche del corrente mercato del lavoro. La mancanza di politiche volte a supportare e indirizzare il mondo lavorativo degli psicologi e a condurre i flussi universitari ha originato un'eccedenza di giovani colleghi alla ricerca di un impiego che tenga in considerazione le loro abilità e motivazioni e che consenta loro, se non la propria indipendenza, perlomeno la possibilità di sostenere le spese per la scuola di specializzazione. Il maggior numero dei colleghi occupati nel Terzo Settore, infatti, è impiegato in contratti da libero professionista senza alcuna tutela, in condizioni di precariato cronico.

Presso le imprese del Terzo Settore si riscontra sovente la tendenza ad assumere Psicologi, in quanto di questi se ne riconoscono il 'valore aggiunto' e la professionalità, per poi retribuirli alla stregua di educatori, assistenti domiciliari o semplici badanti, in mancanza di istituzioni volte a supportare tale categoria. In questa situazione appare molto difficoltoso per un giovane professionista immaginare la propria carriera professionale futura e porre delle basi alla propria vita personale, in quanto spesso si necessita del supporto economico dei genitori per affrontare gli elevati costi della formazione.

FATTORI SOCIALI-DEMOGRAFICI

- Professionisti impiegati full-time con paga oraria esigua
- Donne che diventano madri sempre più tardi
- Giovani a cui non viene data la possibilità di terminare il proprio percorso evolutivo in quanto costretti a vivere con i genitori o a condividere l'appartamento con amici

RAPPORTO 2021

Reddito medio dei liberi professionisti e variazione 2014 - 2019 e 2009-2019 (Psicologi)

Iscritti nel 2019	2009	2014	2019	Variazione 2014-2019	Variazione 2009-2019
60.306	15.007 euro	13.609 euro	14.257 euro	4,8%	-5,0%

Numero di immatricolati per gruppo disciplinare, variazione 2015-2020 e 2010-2020

Variazione 2010-2020. Anni 2010, 2015 e 2020 (Ambito psicologico)

2010	2015	2020	Variazione 2015-2020	Variazione 2010-2020
9.019	7.905	10.922	38,2%	21,1%

Numero di laureati per gruppo disciplinare, variazione 2015-2020 e 2010-2020 (Ambito psicologico)

2010	2015	2020	Variazione 2015-2020	Variazione 2010-2020
13.641	14.557	15.603	7,2%	14,4%

Numero di persone che ottengono l'abilitazione per libera professione al 2010 e 2019 e variazione percentuale (Dottore in tecniche psicologiche per i servizi alla persona e alla comunità)

2010	2019	Variazione 2010-2019
31	22	-29,0%

RAPPORTO 2020

Quota di neolaureati disponibili alle diverse forme contrattuali di lavoro per gruppo professionale (Psicologico)

A tutele crescenti	A tempo determinato	Stage	Apprendistato	Somministrazione di lavoro	Autonomo/in conto proprio
85,2%	36,7%	18,2%	18,3%	12,6%	43,2%



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI

ISBN: 978-88-946917-8-8
ISSN 2611-7002



9 788894 691788