

# la mente che cura

RIVISTA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELL'UMBRIA

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 6 del 16/07/2015

Anno V, n. 6, ottobre 2019



## BISOGNI PSICOLOGICI IN UMBRIA: I DATI

OSSERVATORIO SALUTE PSICOLOGICA OPU

**Pubblicazione a carattere scientifico e informativo  
dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria**

Anno V, n. 6, ottobre 2019

Autorizzazione del Tribunale di Perugia  
n. 6 del 16/07/2015

Consiglio dell'Ordine

**David Lazzari - Presidente**  
**Chiara Cottini - Vice Presidente**  
**Marina Brinchi - Segretario**  
**Paola Angelucci - Tesoriere**  
**Elena Arestia - Consigliere**  
**Silvia Baldelli - Consigliere**  
**Simone Casucci - Consigliere**  
**Silvia Leonardelli - Consigliere**  
**Michele Margheriti - Consigliere**  
**Antonella Micheletti - Consigliere**  
**Mariano Pizzo - Consigliere**

Direttore responsabile

**Roberta Deciantis**

Coordinamento Editoriale

**Rosella De Leonibus**

Redazione

**Michele Bianchi**  
**Daniele Diotallevi**  
**Mara Eleuteri**  
**Maria Lo Bianco**

Editing

**Manuela Pellegrini**

Segreteria

**Raffaella Antonietti**

Per l'invio di contributi e per le norme redazionali  
rivolgersi alla Redazione via e-mail all'indirizzo  
[lamentechecura@ordinepsicologiumbria.it](mailto:lamentechecura@ordinepsicologiumbria.it)

Recapiti Ordine degli Psicologi dell'Umbria

Via Alessandro Manzoni 82  
06135 Perugia  
075 5058048  
[info@ordinepsicologiumbria.it](mailto:info@ordinepsicologiumbria.it)

ORDINE  
PSICOLOGI

Stampa  
Tipolitografia Morphema

  
MORPHEMA  
EDITRICE

*La casa editrice garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati e la possibilità di richiederne la rettifica o la cancellazione previa comunicazione alla medesima. Le informazioni custodite dalla casa editrice verranno utilizzate al solo scopo di inviare agli abbonati nuove proposte (L. 675/96).*

## SOMMARIO

<b>EDITORIALE Nuovi bisogni e nuove risposte</b>	
<i>Ufficio di Presidenza dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria</i> .....	<b>Pag. 2</b>
<b>01. PSICOLOGI: A TRENT'ANNI DALLA LEGGE 56. Pronti a rispondere ai nuovi bisogni di salute</b> <i>David Lazzari</i> .....	<b>3</b>
<b>02. GLI UMBRI E LO PSICOLOGO, FRUIZIONI E CONSIDERAZIONI. I dati della ricerca</b> <i>Osservatorio sulla Salute Psicologica Umbria</i> .....	<b>10</b>
<b>03. CHI GARANTISCE I LEA? Disagio psicologico e sua gestione in Umbria: i dati della ricerca</b> <i>Osservatorio sulla Salute Psicologica Umbria</i> .....	<b>15</b>
<b>04. PSICUP PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE. Un percorso sperimentale di collaborazione tra Psicologo e MMG in Umbria</b> <i>Paola Angelucci, Maddalena Bazzoli, Barbara Bertocci, Antonella Micheletti, Emanuela Moretti</i> .....	<b>22</b>
<b>05. LO PSICOLOGO NEI SERVIZI SOCIALI E COMUNALI</b> <i>Gruppo di Lavoro "Protocollo ANCI-Ordine" dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria</i> .....	<b>29</b>
<b>06. LO PSICOLOGO NEGLI ENTI LOCALI</b> .....	<b>34</b>
<b>07. LO STRESS E LA SUA GESTIONE IN UMBRIA. Risultati di una ricerca condotta dall'Osservatorio sulla Salute Psicologica dell'OPU</b> <i>Franco Del Corno, Livia Buratta, Claudia Mazzeschi</i> .....	<b>41</b>

## EDITORIALE

## NUOVI BISOGNI E NUOVE RISPOSTE

Ufficio di Presidenza dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria

**S**e qualcuno ha ancora l'idea dello psicologo come professione dai connotati e dagli strumenti vaghi, con un mandato sociale indefinito, leggendo questo numero della nostra rivista può avere una occasione per cambiare opinione.

La missione che l'Ordine degli Psicologi umbri si è data è quella di essere “una Comunità professionale al servizio della Comunità regionale”, quindi partire dai bisogni dei cittadini e contribuire a dare risposte efficaci ed efficienti.

In questi anni abbiamo creato molte occasioni di confronto e di analisi dei problemi della società regionale e parallelamente di aggiornamento professionale per essere “sul pezzo” con le nostre competenze.

Abbiamo dialogato e fatto iniziative col mondo della scuola, con le istituzioni - a cominciare dalla Regione, fondamentale per le sue competenze, e dai Comuni - con le espressioni della società regionale e con le altre professioni.

Riteniamo che oggi abbiamo conquistato maggiore visibilità e considerazione.

Ne sono esempi il documento approvato all'unanimità dall'Assemblea Regionale il 27.09.2016 sulla valorizzazione delle competenze psicologiche nelle politiche regionali, l'attivazione del progetto PSICUP – Psicologia nelle cure primarie (il primo attivato da una Regione in Italia e che è stato un riferimento importante per la recente legge nazionale in materia), l'inserimento di molti giovani colleghi nelle strutture sanitarie, il protocollo di intesa con l'Associazione dei Comuni umbri (vedi articoli in questo numero).

Punti importanti, ma per noi di partenza, non certo di arrivo.

Perché i bisogni e le esigenze della comunità regionale sono cambiati – come dimostrano gli articoli di questo numero che presentano alcune indagini promosse dall'Ordine attraverso l'Osservatorio umbro Salute Psicologica – e non hanno ricevuto attenzione e risposte adeguate.

Gli aspetti psicologici svolgono un ruolo cruciale nella vita delle persone, come individui, nello sviluppo, nelle relazioni, nella famiglia, nel rapporto genitori-figli, nell'educazione, nel lavoro, nella salute, nella vita sociale, come dimostrano i dati che presentiamo.

E sempre di più le persone ne sono consapevoli, così come delle sfide, delle complicazioni, delle esigenze di una società sempre più complessa, che crea nuovi disagi e chiede lo sviluppo di nuove competenze e risorse psicologiche.

Che i cittadini vivano questi bisogni e individuino nella professione psicologica un interlocutore appropriato e importante emerge con chiarezza dalle indagini qui illustrate.

La politica e le Istituzioni, invece, purtroppo, sembrano in ritardo, troppo spesso condizionate da rendite di posizione piuttosto che dalle esigenze del cambiamento.

Ovviamente l'Ordine non fa politica ma la nostra Comunità professionale, con i suoi mille professionisti, intende interpellare la politica – soprattutto in questa fase di prossime scadenze elettorali – e confrontarsi con essa affinché i programmi per il governo futuro dell'Umbria tengano conto di questi problemi e della necessità di costruire risposte moderne e concrete.

# 01.

## PSICOLOGI: A TRENT'ANNI DALLA LEGGE 56 Pronti a rispondere ai nuovi bisogni di salute

**David Lazzari**

Presidente dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria, Esecutivo CNOP, Resp. UO Psicologia dell'Azienda Ospedaliera di Terni

### **Le leggi fondative della professione**

Nel 1989 – dopo oltre venti anni di battaglie – si giunse con la legge 56 a una normativa avanzata e moderna, che definisce un significativo spazio d'azione e applicazione per la professione di psicologo, regola l'attività psicoterapica (riservandola a medici e psicologi con apposita formazione specialistica) e, innovativamente, prevede, previo consenso del paziente, lo scambio di informazioni tra lo psicoterapeuta e il medico curante.

La professione psicologica viene delineata nella legge 56 come connotata da attività che vanno dalla prevenzione sino alla riabilitazione e si rivolgono non solo alla singola persona ma al gruppo, agli organismi sociali e alla comunità, con ciò prefigurando una figura attiva a vari livelli nella rete sociale.

In questi 30 anni di applicazione della legge possiamo dire che essa ha dato buona prova di sé, che la psicologia italiana è molto cresciuta sia negli ambiti accademici e di ricerca che in quelli applicativi: in pochi decenni abbiamo assistito a un fiorire di realtà che forse non ha molti paragoni nella storia delle scienze e delle professioni.

Di tutto ciò possiamo essere senz'altro soddisfatti, anche se questo successo ha comportato delle criticità. In questa sede segnaliamo quelle che riteniamo più significative per il presente e il futuro:

a) il proliferare dei corsi di laurea, soprattutto

dopo la sciagurata riforma del 3+2, che ha tolto unitarietà e progressione logica alla precedente laurea di 5 anni strutturata su un biennio unitario e un triennio diversificato per obiettivi più specifici. Tale proliferazione ha portato a un numero importante di iscritti all'Ordine, che sono attualmente 110 mila, ovvero uno psicologo ogni 545 cittadini, un dato questo che non ha eguali a livello internazionale;

- b) una formazione orientata in senso prevalentemente clinico, che ha fatto sì che la stragrande maggioranza (oltre il 90%) degli psicologi che hanno conseguito una specializzazione post laurea lo abbia fatto nel settore clinico-psicoterapico (si tenga presente che il 50% circa degli iscritti all'Ordine è anche psicoterapeuta);
- c) il diffuso interesse per la psicologia ha portato a una serie di invasioni di campo non regolamentate e non programmate da parte di altre professioni (es.: pedagogisti, filosofi) o da parte di figure nate ad hoc (es.: coach, counselor), che non ha riguardato il campo scientifico bensì quello applicativo, generando confusione e perplessità nell'utenza.

Se pensiamo ai primi due punti è evidente che la rapida progressione dei laureati e degli iscritti all'Ordine ha creato una seria difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro, costringendo molti giovani psicologi a fare lavori diversi o non qualificati: uno spreco per chi ha investito dai sei agli undici anni per la propria formazione e anche per

la società, che forma figure qualificate per poi non utilizzarle o sotto-utilizzarle. Inoltre in molti corsi di laurea il rapporto tra studenti, docenti e strutture ha reso molto difficoltosa l'effettuazione di esperienze operative, determinando un eccesso di formazione solo teorica e l'utilizzo del tirocinio post lauream e della specializzazione come unica sede per sperimentare sul campo.

Un'importante novità normativa – frutto di una credibilità acquisita e di un diverso ruolo sociale percepito – è l'emanazione della legge 3 del 2018 che sancisce il definitivo e completo inquadramento degli psicologi come “professione sanitaria”. Questo inquadramento è destinato a influire in maniera significativa sull'assetto della professione e sul suo utilizzo.

### **Dalle nuove evidenze ai nuovi ruoli**

Oggi sappiamo che la dimensione psichica si struttura dentro uno scambio relazionale continuo, dove l'ambiente in tutte le sue forme (dal tocco e dalle emozioni di chi accudisce al cibo, al contesto fisico) dialoga con l'intero essere umano (dal DNA cellulare ai processi fisiologici e cerebrali), plasmandone il passaggio dal genotipo al fenotipo in buona parte attraverso le lenti soggettive dell'esperienza. Personaggi importanti come Ledoux e Damasio hanno preso atto di questa realtà, parlando il primo di costruzione psichica delle emozioni (Ledoux, 2018) e il secondo del ruolo della psiche nei processi omeostatici (Damasio, 2017). Se leggiamo senza pregiudizi le evidenze disponibili, a partire dai dati sulla modulazione epigenetica e sulla retroazione della mente sul cervello, vediamo la psiche assumere il ruolo di principio organizzatore dell'attività cerebrale e mediatore cognitivo-emotivo tra ambiente interno ed esterno. E questo ruolo lo riscontriamo negli studi epidemiologici che ci mostrano come una psiche “fragile” o negativamente condizionata si traduce in traiettorie di vita problematiche, equilibri adattivi disfunzionali, cattiva gestione dello stress, problemi di salute.

Quando sappiamo che una psiche sofferente nell'infanzia predice e condiziona lo sviluppo futuro (3 volte la probabilità di ammalarsi, 6 volte di avere una vita più breve), che un distress psicologico prolungato aumenta il rischio di malattia cardiovascolare di oltre il 200% e la mortalità del 60%, abbiamo il riscontro (in negativo) del ruolo della dimensione psichica nella salute e in generale negli equilibri adattivi (Lazzari, 2019). Il modo di affrontare la vita, di risolvere i problemi, le emozioni che proviamo, la soddisfazione delle relazioni e degli affetti, sono legate alla qualità del funzionamento psichico.

Non si tratta di “psicologizzare” la vita umana ma di assegnare il giusto ruolo alle diverse dimensioni della realtà nella quale siamo immersi e alle interconnessioni che caratterizzano questa rete: è una consapevolezza che ci serve per capire ed orientarci in un contesto sociale sempre più complesso. Non possiamo affidare la risposta alla sfida della complessità solo alla tecnologia, ci servono anche strumenti per capire, sviluppare e gestire la dimensione umana della complessità se non vogliamo progressivamente robotizzarci e divenire schiavi dei nostri strumenti.

La psicologia ha in generale un duplice scopo: aiutare le persone a “funzionare” meglio e – ancora più importante – aiutare le persone a stare meglio con se stesse, a essere in altre parole persone migliori. I due aspetti sono distinti ma hanno delle forti interconnessioni e l'ottimale sarebbe poterli conseguire entrambi e farli convivere in modo armonico. Inoltre, la peculiarità dell'approccio psicologico è voler capire prima di classificare, ovvero inquadrare il particolare dentro un contesto personale e relazionale, nella convinzione che ogni manifestazione (anche patologica) è comunque un tentativo di adattamento<sup>1</sup>.

Ecco quindi che lo psicologo non può guardare le ombre a prescindere dalle luci, perché sono due

---

<sup>1</sup> In questa ottica potenziare le risorse psicologiche vuol dire dare opportunità di costruire equilibri adattivi migliori.

facce di una stessa realtà e si spiegano a vicenda, così come a vicenda possono aiutarsi. Non può pensare al cambiamento come a un processo di superficie, perché cambiare vuol dire stabilire nuovi equilibri e non solo meri atteggiamenti e comportamenti.

Il mandato sociale dello psicologo dovrebbe tener conto di questi dati ma esiste un gap importante tra il cambiamento nella percezione diffusa, che si è abbastanza allineato con ciò che la psicologia e gli psicologi potrebbero fare dal punto di vista delle evidenze e delle esperienze consolidate, e la traduzione di tutto ciò nelle politiche per la salute, per l'educazione e per lo sviluppo sociale del Paese.

### **Per un adeguato utilizzo degli psicologi e della psicologia**

Le scienze psicologiche e psicoterapiche hanno sviluppato molti strumenti di intervento efficaci ed efficienti dal punto di vista economico (Lazzari, 2013), sia "riparativi" che preventivi, ma – soprattutto questi ultimi – sono poco e male utilizzati nel nostro Paese.

Sappiamo che il periodo più delicato e importante è l'infanzia e l'adolescenza ma la psicologia non è materia di insegnamento nelle scuole, non ci sono programmi e servizi di aiuto psicologico per i genitori (solo i disturbi più gravi vengono trattati nel pubblico) né per gli insegnanti o gli studenti (se non in qualche scuola che paga questo con i propri fondi). Si fa poca prevenzione e comunque gli psicologi sono poco coinvolti nei programmi di questo tipo: basterebbe, ad esempio, domandarsi quanti psicologi lavorano nei dipartimenti di prevenzione che sono presenti in tutte le aziende sanitarie italiane. Non ci sono psicologi strutturati nelle cure primarie, laddove i medici di famiglia (MMG) intercettano i bisogni e i problemi nella fase nascente. Non ci sono psicologi nei servizi sociali, che pure si occupano di tematiche che richiederebbero competenze e interventi di questo tipo. Non ci sono – se non in alcune situazioni – psicologi negli ospedali, laddove aiutare le

persone a gestire lo stress può essere molto importante per abbassare il dolore e aumentare l'efficacia delle cure. Con i miei collaboratori abbiamo condotto una ricerca che ha evidenziato come un breve intervento psicologico prima di interventi chirurgici diminuisca il dolore e il malessere e comporti una riduzione significativa dei tempi di degenza (con meno spese per la sanità e meno disagio per le persone) (Bartoli, 2013).

Certamente gli psicologi sono presenti nelle aziende sanitarie, ma nella stragrande maggioranza dei casi sono distribuiti nei servizi di psichiatria o delle dipendenze e non ci sono servizi psicologici in grado di coordinare queste risorse in modo adeguato ai reali bisogni e di fornire risposte in linea con i LEA (vedi sotto) che esulano dai disturbi psichiatrici o dalle dipendenze. A parità di psicologi presenti, laddove esistono adeguate forme di coordinamento di queste figure nelle aziende sanitarie, la risposta è più articolata ed in linea con i bisogni dei cittadini.

I cittadini fanno ricorso allo psicologo in un numero importante di casi ma devono pagarselo di tasca loro e quindi solo se (e nei limiti in cui) possono permetterselo.

A questo proposito in questi ultimi anni ci sono state delle novità importanti, a cominciare dall'inclusione dell'assistenza psicologica nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che sono gli interventi – ritenuti efficaci e importanti per la salute – che lo Stato si impegna a garantire ai cittadini. Le attività di prevenzione e di cura psicologica sono previste per minori e adulti, in caso di disturbi psichici e malattie fisiche ma anche di disagio psicologico e relazionale, a livello ambulatoriale e, nei casi indicati, anche domiciliare (CNOP, 2018).

Altra importante novità riguarda le persone affette da una malattia cronica, che in Italia sono il 30% della popolazione tra minori e adulti e impegnano il 70% delle risorse sanitarie. Si tratta di situazioni a gravità variabile ma che accompagnano la persona per anni o per tutta la vita e che richiedono capacità di adattamento e di gestione da parte del soggetto e dei familiari, dalle quali dipende in buona parte

l'evoluzione del problema e la qualità della vita. Ebbene, nel Piano Nazionale della Cronicità (PNC), che detta i criteri e le linee operative per la prevenzione e l'assistenza a queste persone, per la prima volta è stato previsto in modo organico lo psicologo come componente del team sociosanitario, elemento significativo della rete di servizi e risorse (vedi documento CNOP sullo psicologo nel PNC: CNOP, 2019). Potremmo evidenziare altri segnali importanti come l'accordo tra CNOP<sup>2</sup> e i comuni italiani (ANCI) o con il Ministero dell'Istruzione per una sperimentazione dello psicologo nella scuola in tre regioni italiane, ma l'elenco sarebbe lungo e non apporterebbe ulteriore sostanza a ciò che si vuole far emergere.

Il punto è che si tratta di innovazioni significative che formano uno spartiacque tra una lunga fase di trascuratezza di queste problematiche da parte delle istituzioni e una fase nuova (dovuta anche a un impegno deciso e autorevole dell'Ordine e alla sinergia con il sindacato AUPI), connotata da una diversa considerazione della professione e della sua utilità sociale. Siamo riusciti a far entrare la psicologia nell'agenda politica e istituzionale ma si apre ora una fase fondamentale di interlocuzione, studio e approfondimento, affinché i bisogni psicologici, a livello individuale e collettivo, ricevano una adeguata lettura e risposte coerenti, sostenibili e generalizzabili (ed eque in relazione al reddito delle persone).

## Il valore della professione nelle opinioni degli italiani

Se andiamo a vedere alcuni dati che emergono dalle indagini recenti effettuate per conto del CNOP si evidenzia un ricorso allo psicologo che riguarda un'ampia gamma di situazioni, non solo i disturbi psichici, e con un tempo di attività che è abbastanza breve (in quasi la metà dei casi meno di due mesi), mentre la psicoterapia riguarda poco meno di un caso su due.

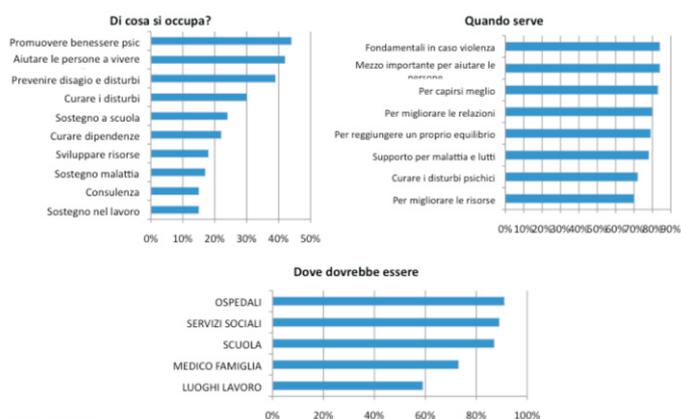
Se consideriamo l'opinione degli italiani rispetto a "di cosa si occupa" lo psicologo, la voce più gettonata riguarda la promozione del benessere psicologico (44%), quindi "aiutare le persone a vivere

meglio" (42%), "prevenire il disagio e i disturbi psichici" (39%), "curare i disturbi" (30%), "sostegno a scuola" (24%), "curare le dipendenze" (22%), "sviluppare le risorse" (18%), "sostegno nella malattia fisica" (17%), "fornire consulenza in vari campi" (15%), "sostegno nel mondo del lavoro" (15%).

È significativo che la stragrande maggioranza delle risposte (erano possibili più risposte) riguardi il ruolo di prevenzione e di promozione di benessere, salute e risorse: gli italiani assegnano allo psicologo un ruolo fortemente preventivo prima ancora che curativo e hanno perfettamente ragione. Il problema è che per concretizzare questo ruolo non basta l'iniziativa privata (importante ma non sufficiente), per il paradosso che chi ha più bisogno di prevenzione sono quelle situazioni che più difficilmente hanno risorse economiche (o l'iniziativa) in questo senso e perché la prevenzione richiede politiche, programmi e un uso coordinato delle competenze che solo a livello pubblico possono essere definiti (anche se può coinvolgere in vario modo il privato e l'associazionismo).

L'altra domanda è relativa alle fattispecie in cui lo psicologo può servire di più. Come vediamo tra le risposte c'è una quasi unanimità: il primo posto è "assistere nei casi di violenza" e "un mezzo impor-

Fig. 1 – Opinioni degli italiani sul ruolo e utilizzo dello Psicologo



Fonte: CNOP 2018

<sup>2</sup> Dati tratti da due indagini commissionate dal CNOP alla Winpool e all'Istituto Piepoli e presentati nel corso della Giornata Nazionale della Psicologia 2018 (Sala Tempio di Adriano, Roma, 12 ottobre 2018).

tante per aiutare le persone a vivere meglio” (84%), serve per “capirsi meglio” (82%), per “migliorare le relazioni” (80%), per “raggiungere un proprio equilibrio” (78%), come “supporto nel caso di malattia o lutti” (76%), per “curare i disturbi psichici” (72%), per “migliorare le risorse” (70%). Anche in questo caso, pur nella limitata divaricazione tra le diverse opzioni, l'idea prevalente è legata ad affrontare meglio la propria vita, le relazioni, le sfide adattive, a capirsi meglio e sviluppare le proprie risorse.

Infine è stato chiesto “dove dovrebbe essere lo psicologo”, al di là dello studio privato dove i cittadini ritengono giusto trovarlo. Anche qui c'è una forte convergenza che riguarda gli ospedali (91%), i servizi sociali (89%) e la scuola (87%), seguiti dalle cure primarie (73%) e dai luoghi di lavoro (59%). È significativo notare che i cittadini si aspettano di trovare gli psicologi proprio laddove non sono, e questo dato dovrebbe far riflettere la politica e le istituzioni.

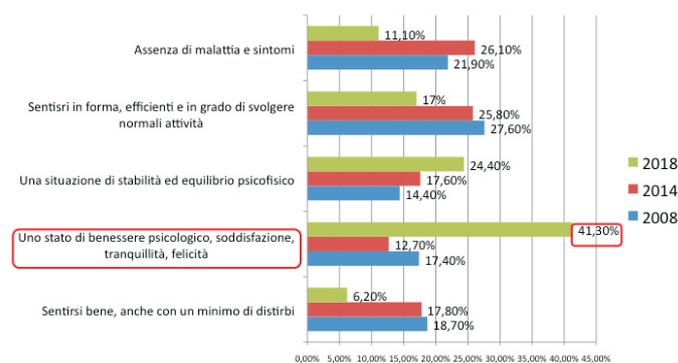
### Verso un nuovo concetto di salute

L'opinione dei cittadini sulle competenze e la collocazione degli psicologi è coerente con l'idea di salute che si è sviluppata negli anni. Il CENSIS, attento osservatore dei fenomeni sociali, evidenzia come nel 2008 la visione prevalente era quella di salute come “sentirsi in forma, efficiente, in grado di svolgere le normali attività” (27,6%), una visione del “buon funzionamento” e “assenza di malattie e sintomi” (21,9%) (vedi fig. 2). L'idea della salute come legata al benessere psicologico godeva allora del 17% dei consensi. Dopo dieci anni assistiamo a un notevole cambiamento: l'idea che la salute sia soprattutto “uno stato di benessere psicologico” è condivisa dal 41,3% delle persone, e se aggiungiamo che il 24,4% dà la definizione di “equilibrio psicofisico”, troviamo che oltre sei italiani su dieci attribuiscono un ruolo cruciale alla dimensione psicologica.

Tale visione è stata approfondita chiedendo alle persone la loro opinione sull'importanza del benessere psicologico per la salute complessiva e

le risposte sono state esaminate in relazione alle condizioni di salute (ottime, buone, discrete,

Fig.2 – Evoluzione del concetto di salute



Fonte: Censis 2018

insufficienti/pessime) e al genere (maschi e femmine)(fig. 3). Cosa emerge? Che il 61,7% delle persone ritiene “fondamentale” il benessere psicologico, come “l'aspetto da cui dipendono tutti gli altri, anche il benessere fisico”, che questa visione prevalente non ha sostanziali differenziazioni di genere (59,5% uomini, 63,6% donne) e soprattutto non è la visione ingenua, ottimistica o romantica di chi non ha veri problemi di salute. Se infatti di analizzano le risposte in relazione alle condizioni di salute non solo si nota che non ci sono sostanziali differenze ma che addirittura le persone in condizioni di salute peggiori sono quelle che attribuiscono maggiore rilievo all'aspetto psicologico (66,2%). Come a dire che la reale esperienza di malattia rinforza la consapevolezza del ruolo degli aspetti psicologici (un dato che deve far riflettere sul ruolo dello psicologo nelle malattie croniche e fisiche in generale e sul perché gli italiani lo vedono prima di tutto in ospedale).

Fig.3 – Opinioni sull'importanza del benessere psicologico per la salute complessiva in relazione alle condizioni di salute e al genere

STATO DI SALUTE →	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	INSUFF PESSIMO	TOTALE
Fondamentale, è l'aspetto da cui dipendono tutti gli altri, anche il benessere fisico	63%	59,3%	63,4	66,2%	61,7
Ha un valore importante, pari ad ogni altro aspetto del benessere	31%	38,6%	32,1%	26,8%	34,7%
Secondario, la salute dipende soprattutto dalla dimensione fisica, da come sta e funziona il corpo	6%	2,1%	4,5%	7%	3,6%

genere →	uomini	donne	TOTALE
Fondamentale, è l'aspetto da cui dipendono tutti gli altri, anche il benessere fisico	59,5%	63,6%	61,7%
Ha un valore importante, pari ad ogni altro aspetto del benessere	36,3%	33,1%	34,7%
Secondario, la salute dipende soprattutto dalla dimensione fisica, da come sta e funziona il corpo	4,1%	3,3%	3,7%

Fonte: Censis 2018

### Valorizzare la psicologia per lo sviluppo sociale

Come abbiamo visto, le opinioni e le aspettative dei cittadini confermano il ruolo che l'evoluzione della ricerca e delle esperienze assegnano agli psicologi. Peraltro i dati sulla efficacia e sul rapporto tra costi e benefici degli interventi psicologici sostengono l'idea di un utilizzo non casuale o del tutto privatistico dello psicologo: la sofferenza e il disagio psicologico hanno la stessa dignità e lo stesso impatto sulla salute, sull'economia e sulla vita delle persone, di quello fisico. Inoltre, la mancata prevenzione in campo psicologico ha costi enormi per la società nel suo complesso, oltre che per le singole persone.

L'aumento in parallelo del disagio e dei disturbi psichici e del consumo di psicofarmaci nel mondo fa capire che il farmaco da solo non basta: sia perché in molte situazioni risulta più efficace la cura psicologica, sia perché quando al farmaco associamo la psicologia la sua efficacia raddoppia; le cure psicologiche hanno effetti più duraturi nel tempo e preventivi su nuove ricadute e sono preferite dal 75% delle persone (Lazzari, 2019).

Se l'opinione pubblica e le evidenze (anche economiche) vanno nella stessa direzione, vi è da chiedersi perché la politica e le istituzioni faticano tanto a prendere atto di tutto ciò. Certamente vi sono resistenze di varia natura, sappiamo quanto le innovazioni faticano ad affermarsi, ci sono pregiudizi che faticano a palesarsi tali e occorre che la professione sia sempre più in grado di

interloquire e fare proposte serie, realistiche e concrete, come ha cominciato in effetti a fare.

A parere di chi scrive i punti nodali da affrontare sono soprattutto due:

a) la psicologia e gli psicologi per loro natura sono a cavallo tra le scienze della natura e quelle della cultura; la psicologia è nel cuore della vita e la vita è un mix di natura e cultura. Ma la nostra società è abituata a separare questi aspetti, così la psicologia sembra ad alcuni un ibrido senza uno statuto serio e riconoscibile: teorie e affermazioni autoreferenziali oppure la pretesa di voler conoscere l'inconoscibile. In realtà oggi c'è un enorme bisogno di gettare ponti tra natura e cultura, se vogliamo capire e orientarci nella complessità, fare un salto evolutivo che potrebbe salvarci. Allora la sfida è trasformare un handicap storico in una grande risorsa e opportunità;

b) bisogna superare definitivamente i riduzionismi in psicologia, che assecondano l'idea di una dimensione psichica decontestualizzata e decorporeizzata, e misurarsi in pieno con le scienze biomediche e umane, perché la psiche – per sua natura – è un terreno di incontro e di sintesi. Parallelamente, bisogna sviluppare una capacità di intervento psicologico integrato (con altre figure professionali) e declinato di più nei contesti sociali. In questi trent'anni la professione è cresciuta soprattutto dal basso, sulla spinta di domanda e offerta. Oggi, se vuole assumere il ruolo sociale che le compete, deve saper definire e attuare importanti operazioni "dall'alto", fare scelte significative e assumersi responsabilità come "comunità professionale". Deve valorizzare e utilizzare appieno la risorsa delle società scientifiche, adeguare i percorsi formativi, omologare la programmazione degli accessi allo standard delle professioni sanitarie, in generale ridefinire i "fondamentali" e saper convergere su di essi. Si tratta di un percorso già iniziato per la verità e che ha cominciato a dare importanti risultati (come abbiamo visto), ma che dovrà essere sviluppato nell'interesse primario dei cittadini oltre che dei professionisti.

Il riconoscimento di professione sanitaria (legge 3/2018) è paradigmatico: prende atto dello sviluppo scientifico e professionale ma anche della evoluzione del concetto di salute. Alla luce di quanto abbiamo visto con la connotazione sanitaria, non è la professione che viene “confinata” dentro un ambito più ristretto bensì è l'idea di “salute” che viene ampliata.

Finalmente può concretizzarsi l'idea di salute dell'OMS e il principio fondativo del nostro sistema sanitario che parla sempre di “salute fisica e psicologica”.

Questa è la sfida del presente, non solo per lo sviluppo della professione ma per dare prospettive a una società che cambia e che ha bisogno di nuovi strumenti e nuove risposte.

## Bibliografia

Bartoli S. (2013), La gestione dello stress in chirurgia, *PNEI Review*, 2, pp. 15-19.

CENSIS, *Il valore sociale della professione psicologica*, comunicazione al convegno CNOP del trentennale, Roma 20 giugno 2019.

CNOP (2018), La Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza, *Quaderni CNOP*, 1.

CNOP (2019), Lo Psicologo nel Piano Nazionale della Cronicità, *Quaderni CNOP*, 2.

Damasio A. (2017), *Lo strano ordine delle cose*, Adelphi, Milano.

Lazzari D. (a cura di) (2013), *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costo-benefici*, Tecniche Nuove, Milano.

Lazzari D. (2018), Cure psicologiche sostenute dallo Stato, *PNEI News*, 1, pp. 2.

Lazzari D. (2019), *La Psiche tra salute e malattia: evidenze ed epidemiologia*, Edra, Milano.

Ledoux J. (2018), Abbiamo equivocato i concetti di paura ed ansia?, *PNEI Review*, 2, pp. 5-21.

## 02.

# GLI UMBRI E LO PSICOLOGO, FRUIZIONI E CONSIDERAZIONI. I dati della ricerca

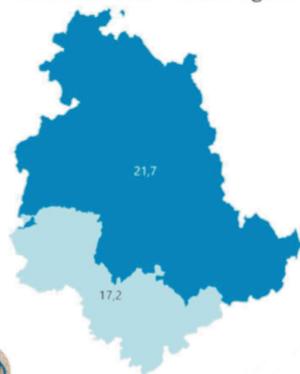
### Osservatorio sulla Salute Psicologica Umbria

Nel corso del 2018 è stata effettuata una indagine mediante intervista a un campione stratificato e rappresentativo della popolazione umbra<sup>1</sup> utilizzando, allo scopo di avere possibilità di raffronto, lo stesso questionario utilizzato per analoga indagine sulla popolazione italiana.

Dalla indagine risulta che il 20,3% degli umbri, due cittadini su dieci, hanno avuto nella loro vita almeno un contatto professionale con uno Psicologo. La percentuale è più elevata in provincia di Perugia (21,7%) rispetto a quella di Terni (17,2%) e, nel complesso, leggermente più bassa di quella nazionale (21,1%).

#### 1 - Cittadini umbri che hanno avuto un contatto professionale con uno Psicologo

Percentuale di sì > Totale regione 20,3%



Media nazionale:  
21,1%

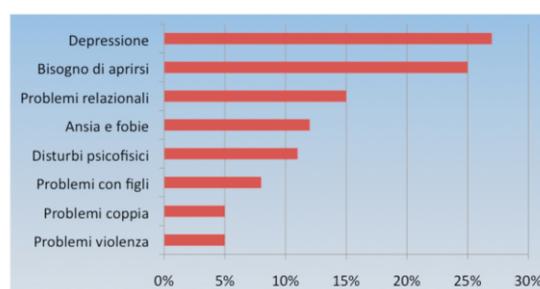


Osservatorio Salute Psicologica

<sup>1</sup> Popolazione umbra uomini e donne segmentato per sesso, età, proporzionalmente all'universo della popolazione generale; campionamento ponderato per genere e fasce d'età, 800 interviste complete con metodo CATI. Soggetto realizzatore: Winpoll Srl.

Le principali motivazioni (ovvero quelle con risposte uguali o maggiori del 5%) che hanno spinto a questo contatto professionale sono indicate nella fig. 2.

#### 2 - Principali motivazioni della consultazione



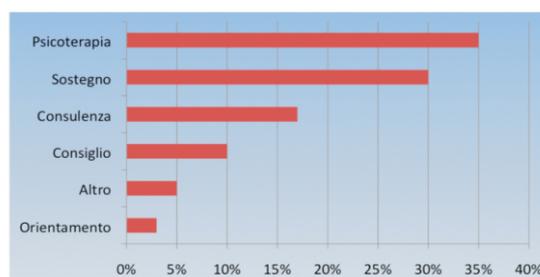
Prime otto voci. Solo eccezionalmente erano possibili due risposte



Osservatorio Salute Psicologica

Come si può notare la maggioranza (40%) è spinta dal bisogno di aprirsi e da problemi relazionali, il 39% dalla presenza di un disturbo psicologico (depressione, ansia e fobie), il 19% da problemi con i figli o di coppia, l'11% da disturbi psicofisici, il 5% da un problema di violenza in famiglia.

#### 3 - Tipo di prestazione



Era possibile solo una risposta



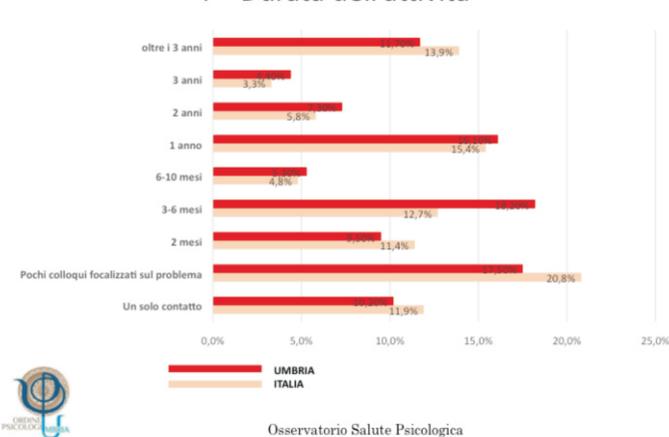
Osservatorio Salute Psicologica

Nella stragrande maggioranza dei casi (65%) si è trattato di una prestazione diversa dalla psicoterapia (sostegno, consulenza, consiglio, ecc.), che invece ha interessato solo il 35% dei soggetti.

Il tipo di prestazione appare coerente con i tempi dell'intervento.

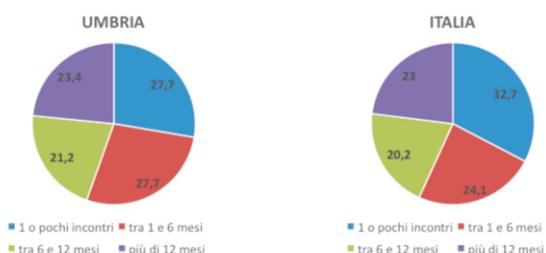
Nella fig. 4 si vede come si distribuiscono temporalmente le prestazioni con un raffronto con lo scenario nazionale.

4 – Durata dell'attività



Lo stesso dato può essere letto in modo raggruppato (fig. 5): in Umbria il 55,4% dei cittadini dichiara di aver usufruito dell'intervento per un periodo piuttosto breve: da uno a pochi incontri sino a sei mesi (il 56,8% a livello nazionale). Il 21,2% degli umbri e il 20,2% degli italiani dichiara un intervento tra i 6 e i 12 mesi, mentre il 23,4% degli umbri e il 23% degli italiani afferma di aver usufruito di un intervento più lungo.

5 – Durata dell'attività - sintesi



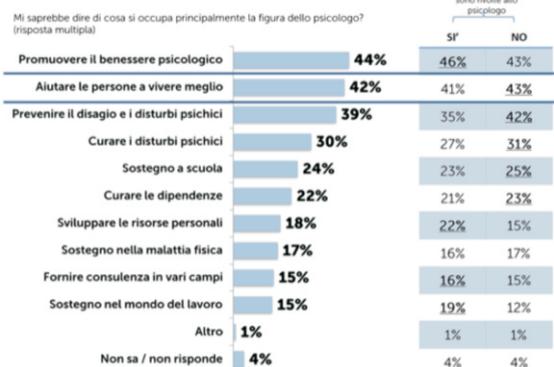
Soffermandoci su queste prime risposte il dato che emerge è il ricorso allo Psicologo per aspetti e problemi che non riguardano necessariamente la presenza di un disturbo bensì tematiche legate agli equilibri adattivi, alla qualità della vita e delle relazioni.

Questo dato risulta coerente con l'indagine promossa dal CNOP su "Il ruolo degli Psicologi" e presentata alla Giornata Nazionale della Psicologia 2018, nella quale è stato chiesto agli italiani "di cosa si occupa principalmente lo Psicologo". Ebbene gli italiani lo vedono soprattutto come un promotore di benessere (44%), un professionista che "aiuta le persone a vivere meglio" (42%), che "previene il disagio e i disturbi psichici" (39%), che "cura i disturbi" (30%), fornisce "sostegno a scuola" (24%), "cura le dipendenze" (22%), "sviluppa le risorse" (18%), "sostiene nella malattia fisica" (17%), "fornisce consulenza in vari campi" (15%), "dà sostegno nel mondo del lavoro" (15%). È significativo che la stragrande maggioranza delle risposte (erano possibili più risposte) riguardi il ruolo di prevenzione e di promozione di benessere, salute e risorse: gli italiani assegnano allo psicologo un ruolo fortemente preventivo e di promozione prima ancora che curativo. Appare inoltre significativo che tale visione sia condivisa sia dai cittadini che hanno avuto una esperienza diretta con lo Psicologo sia da quelli che non si sono mai rivolti a questa figura. Tuttavia due differenze meritano di essere sottolineate: l'idea che lo Psicologo serva a "sviluppare le risorse personali" è sostenuta dal 15% dei cittadini che non ne hanno usufruito ma dal 22% di quelli che hanno fatto questa esperienza; analogamente l'importanza dello Psicologo per i problemi lavorativi è sostenuta dal 12% di coloro che non ne hanno usufruito e dal 19% di coloro che lo hanno fatto. Tornando alla indagine umbra, è stato chiesto sulla base di quali indicazioni i cittadini ritengono che andrebbe scelto lo Psicologo. Ebbene la maggior parte dei rispondenti ritiene che sarebbe importante una indicazione da parte del Medico di famiglia, segue l'instaurarsi di una relazione di

fiducia già al primo contatto, il “passaparola”, il curriculum professionale e, infine, la possibilità di fare un primo incontro gratuito.

## 6 – Di cosa si occupa lo Psicologo?

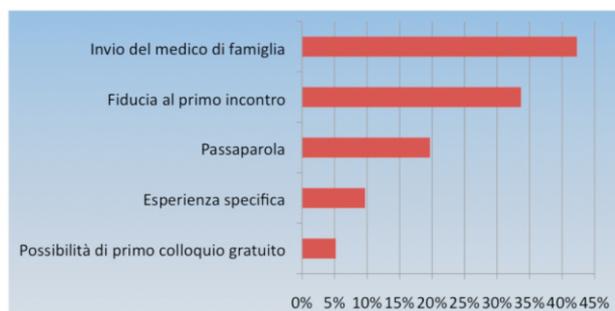
### La figura dello psicologo



Fonte: ricerca CNOP «Il ruolo degli Psicologi» 2018

Osservatorio Salute Psicologica

## 7 – Quali aspetti ritiene più importanti nella scelta dello Psicologo?



Risposte più frequenti (> 4%)

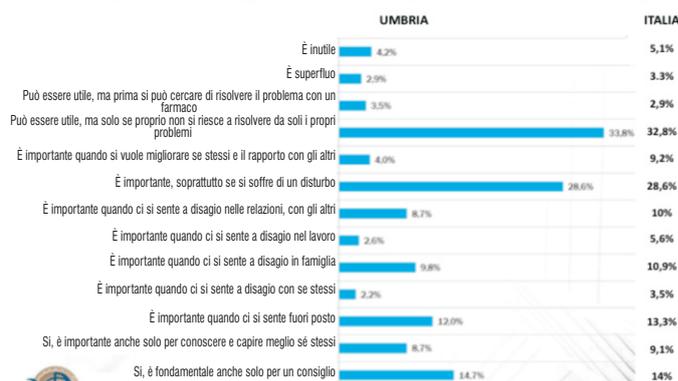
Osservatorio Salute Psicologica

Rispetto alle situazioni nelle quali è importante rivolgersi a uno Psicologo (era possibile più di una risposta), vediamo che solo il 7,1% degli intervistati umbri (8,4% Italia) ritiene inutile o superfluo ricorrere a uno Psicologo, mentre il 3,5% pensa che prima bisognerebbe provare con un farmaco e il 33,8% pensa che sia utile quando non si riesce a risolvere da soli il problema. Si tratta in questo caso di un terzo del campione, quindi un dato importante che appare legato a una visione che meriterebbe di essere approfondita e che vede nel ricorso allo Psicologo una sorta di “sconfitta” o una delega (“chiedo aiuto perché non sono in grado”), quando invece può essere del tutto fisiologico

confrontarsi con un esperto in alcuni passaggi della propria vita o per approfondire o sviluppare tematiche e risorse.

Nella fig. 8 si possono vedere le percentuali di risposte per l'Umbria e a livello nazionale, che nel complesso risultano abbastanza simili.

## 8 – Quando è importante rivolgersi ad uno Psicologo?

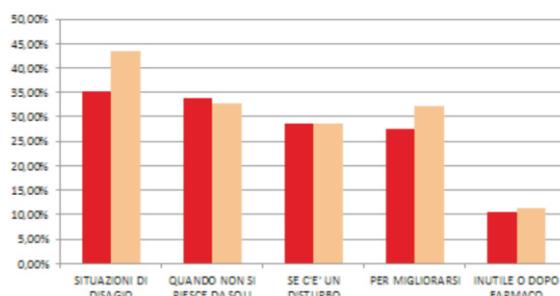


Osservatorio Salute Psicologica

L'area del “miglioramento personale” (“quando si vuole migliorare se stessi e il rapporto con gli altri”, “conoscere e capire meglio se stessi”, “anche solo per un consiglio”) copre il 27,4% degli intervistati umbri (oltre uno su quattro) e il 32,3% a livello nazionale, mentre l'area del disagio (“disagio nelle relazioni, nel lavoro, in famiglia, con se stessi, fuori posto”) è indicata dal 35,3% degli umbri e dal 43,3% a livello nazionale. Il 28,6% degli umbri e degli italiani fa invece riferimento alla presenza di un disturbo.

Nella fig. 9 vediamo le indicazioni dei rispondenti raggruppate per aree sia a livello regionale che nazionale.

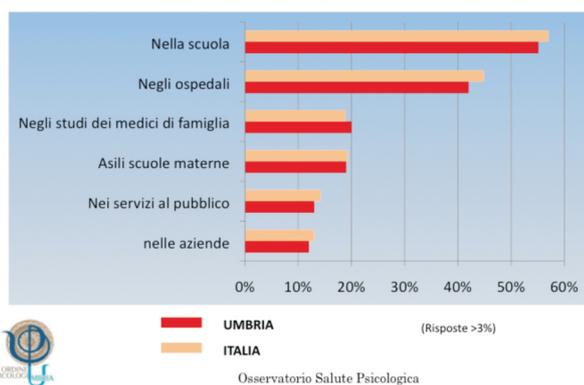
## 9 – Quando è importante rivolgersi ad uno Psicologo? Dati per tipologia



Osservatorio Salute Psicologica

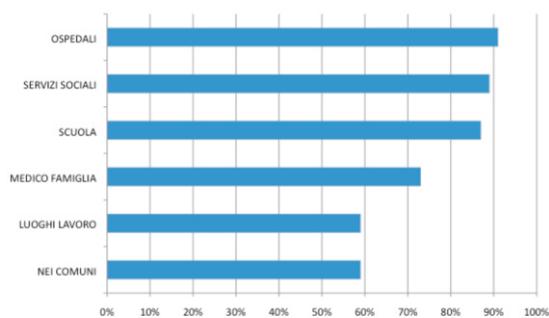
Nella fig. 10 vediamo le risposte relative alla domanda “in quale ambito secondo lei dovrebbe essere presente lo psicologo?”. Vediamo che la scuola è al primo posto sia a livello umbro che nazionale, seguita dall'ospedale e dagli studi dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, seguono quindi gli asili nido e le scuole materne, i servizi che erogano prestazioni al pubblico, le aziende (luoghi di lavoro). Esistono poi risposte al di sotto del 3% non riportate in tabella: le società sportive (2.8% Umbria), nelle scuole-guida (1,2% Umbria), nelle organizzazioni dei lavoratori (1,5% Umbria).

10 – In quale ambito dovrebbe essere presente lo Psicologo



Appare interessante confrontare il dato della fig. 10 con le risposte alla domanda della indagine nazionale CNOP su “Il ruolo degli Psicologi” (2018) relativa alla utilità della presenza dello Psicologo in diversi contesti.

11 – L'utilità della presenza dello Psicologo



Fonte: ricerca CNOP «Il ruolo degli Psicologi» 2018

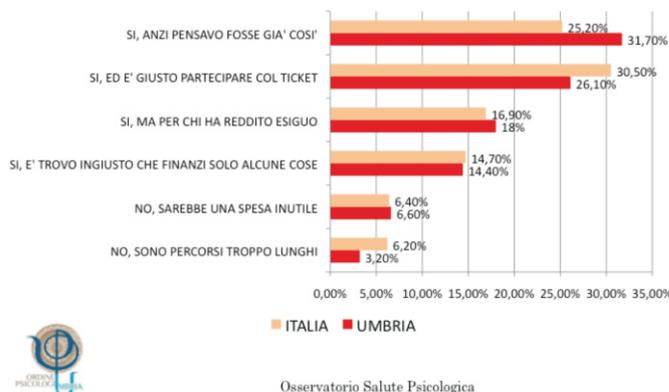
Osservatorio Salute Psicologica

Nella fig. 11 sono indicate le percentuali di risposte molto e abbastanza (le altre erano “poco”, “per nulla” e “non saprei”). Come si nota il 91% degli italiani riterrebbe utile la presenza degli psicologi negli ospedali, l'89% nei servizi sociali, l'87% nella scuola, il 73% negli ambulatori dei medici di famiglia e dei pediatri, il 59% nei luoghi di lavoro e nei servizi comunali, il 56% nelle associazioni sportive (manca in tabella).

Possiamo dire che le risposte sulla utilità confermano il dato rilevato nella fig. 10 sulle indicazioni relative a dove “dovrebbe essere” e confermano una crescente e diffusa consapevolezza da parte della pubblica opinione sul ruolo della professione psicologica, alla quale i politici e i decisori dovrebbero prestare maggiore attenzione.

La penultima domanda riguarda l'opinione dei cittadini sulla erogazione delle prestazioni psicologiche da parte delle istituzioni pubbliche. Quasi la metà degli umbri (46,1%) ritiene che il pubblico se ne debba far carico, il 26,1% ritiene che lo Stato debba garantire queste prestazioni ma i cittadini devono contribuire con un ticket, il 18% degli umbri pensa che debbano essere garantite gratuitamente in relazione al reddito, il 6,6% è contrario perché considera inutile tale spesa e un altro 5,2% è contrario ma solo perché considera questi interventi troppo lunghi (fig. 12).

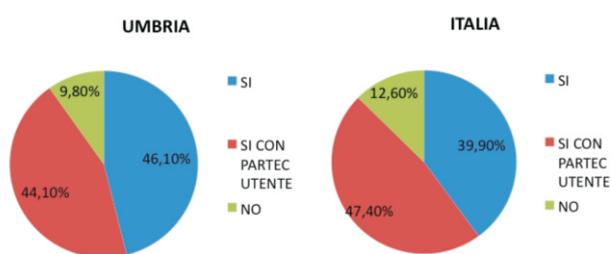
12 – Pensa che lo Stato dovrebbe fornire le prestazioni psicologiche?



Se si considera il dato raggruppato (fig. 13) vediamo che il 46,6% degli umbri e il 39,9% degli italiani vorrebbe le prestazioni psicologiche erogate dallo

Stato, il 44,1% degli umbri e il 47,4% degli italiani lo vorrebbe ma con la compartecipazione del cittadino o in relazione al reddito, e solo il 9,8% degli umbri e il 12,6% a livello nazionale si dichiara contrario.

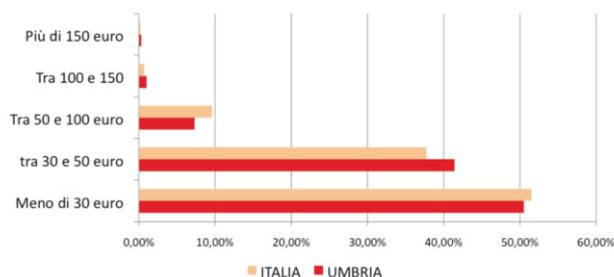
13 – Pensa che lo Stato dovrebbe fornire le prestazioni psicologiche? Raggruppamenti



Osservatorio Salute Psicologica

L'ultima domanda ha riguardato il costo per il cittadino di un colloquio psicologico. Come si vede nella fig. 14, la metà dei cittadini considera giusto pagare meno di 30 euro e il 41,3% degli umbri tra i 30 ed i 50 euro. Il dato tuttavia andrebbe inteso rapportato alla domanda sulla natura pubblica degli interventi psicologici: è possibile che molti abbiano risposto tenendo a mente la convinzione di una compartecipazione alla spesa piuttosto che l'onorario complessivo del professionista.

14 – Il prezzo giusto da pagare per un colloquio psicologico



Osservatorio Salute Psicologica

Riteniamo giusto lasciare ai lettori i necessari approfondimenti di una indagine che si presta a numerose e interessanti interpretazioni. Ci preme tuttavia sottolineare come l'indagine metta in luce

una chiara transizione da una immagine ed una fruizione di nicchia dello Psicologo a una presenza sempre più importante e diffusa tra la popolazione.

I cittadini che hanno dato valutazioni positive sul ruolo e l'utilità della professione sono una stragrande maggioranza, e forse il dato che più colpisce è che due intervistati su dieci hanno usufruito di una prestazione professionale psicologica, che questo è avvenuto in una significativa quota per situazioni non legate a uno specifico disturbo ma per disagio o per lo sviluppo personale e che l'intervento psicologico è stato mirato e contenuto dal punto di vista temporale.

Certamente il dato sulla durata temporale dell'intervento potrebbe essere legato anche a un problema di disponibilità economica: a esempio il confronto tra la tab. 2 (per quali motivi ci si è rivolti allo psicologo) e le tab. 8 e 9 (quando è importante rivolgersi allo psicologo) fa emergere che gli accessi reali sono più legati a situazioni di disturbo e disagio di quanto non sia nell'opinione generale su come e quando le persone vedono utile l'aiuto psicologico.

Tale gap potrebbe in gran parte essere attribuito a un problema di tipo economico: si accede nel concreto quando si ha una necessità più impellente ma – vedi tab. 10, 12 e 13 – si ritiene che l'intervento psicologico sia qualcosa di necessario, rispetto al quale lo Stato dovrebbe assumere un ruolo preciso, anche immaginando una graduazione della compartecipazione in relazione al reddito dei cittadini.

## 03.

### CHI GARANTISCE I LEA?

## Disagio psicologico e sua gestione in Umbria: i dati della ricerca

#### Osservatorio sulla salute Psicologica Umbria

Tutti gli italiani sanno che nel nostro Paese le prestazioni di carattere sanitario, cioè destinate alla prevenzione, alla promozione, alla diagnosi, alla cura e riabilitazione nel campo della salute sono garantite dallo Stato, inclusa in questa definizione le Regioni che hanno competenze primarie nel campo.

In Italia il diritto alla salute è sancito dalla Costituzione, che all'art. 32 così recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività».

Questa norma costituzionale implica che la tutela della salute è un compito fondamentale delle pubbliche istituzioni in relazione alle loro competenze.

L'applicazione di tale principio è stata affidata a una serie di leggi che hanno definito un "Servizio Sanitario Nazionale" che in senso stretto si articola in aziende, servizi territoriali e ospedalieri, e in senso più ampio costituisce un "sistema salute", nel cui ambito troviamo la Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta (ovvero i cosiddetti medici e pediatri di famiglia, fulcro delle Cure Primarie), gli specialisti convenzionati che erogano le prestazioni nei propri studi in un regime di convenzionamento e/o accreditamento che li parifica in qualche modo alle strutture pubbliche.

#### La legge attuativa e i principi guida

Il 23 dicembre del 1978, con una Legge votata dall'85% del Parlamento (Legge n. 833 del 23

dicembre 1978), nasceva in Italia il Servizio sanitario nazionale pubblico basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso la fiscalità generale e sull'equità di accesso alle prestazioni.

Da questo momento, la storia della sanità pubblica si intreccia saldamente con le fondamenta costituzionali del nostro Paese, con la sua crescita civile e democratica e con il suo sviluppo economico e sociale. Questo percorso prosegue con la costituzione del sistema delle aziende per favorire l'efficienza e la managerialità della gestione e con la previsione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per garantire l'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. Questi ultimi sono molto importanti, poiché – contrariamente a una idea diffusa – non tutti gli interventi sono garantiti dallo Stato ma solo quelli ritenuti "essenziali" in relazione alla dimostrata efficacia e alla rilevanza del bisogno di salute.

Sono i tre principi guida del nostro servizio sanitario che prevedono l'unitarietà dei livelli di assistenza su tutto il territorio, l'equità d'accesso ai servizi per tutti i cittadini e la solidarietà fiscale quale forma fondamentale di finanziamento del sistema (il sistema è finanziato dalla fiscalità generale, cioè dalle tasse dei cittadini, e dalla eventuale partecipazione alla spesa delle prestazioni (ticket) in relazione al reddito).

In generale questo significa pari esigibilità di tutte le prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di

Assistenza (LEA) in tutte le Regioni italiane.

È inoltre importante sottolineare che la legge fondamentale del diritto alla salute, la 833/78, recita all'art. 1:

I principi

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

Come si vede la legge fondamentale mette sullo stesso piano la salute fisica e psichica e definisce un quadro ampio di attività nell'ambito del "servizio sanitario" e un collegamento con le attività di carattere sociale e del volontariato.

### **I Livelli Essenziali di Assistenza del 2017 e le prestazioni psicologiche**

Nel 2017 sono stati emanati – dopo un lungo lavoro preparatorio – i nuovi LEA che sostituiscono quelli del 2001.

I LEA sono:

- livelli "essenziali" di assistenza sanitaria, non livelli "minimi"; sono, cioè, quegli ambiti di attività che una società, in relazione al livello sociale e culturale in cui si trova, considera così importanti da non poter essere negati alla popolazione; pertanto non possono essere fissati "per sempre", ma vanno modificati in

relazione alle nuove esigenze della società, e alla stessa evoluzione scientifica e tecnologica.

- livelli "uniformi" di assistenza sanitaria, ossia da fornire a tutti i cittadini senza differenze di reddito, posizioni geografiche (dalle città metropolitane fino alle isole minori), religione, etnia, sesso o altro.

Le prestazioni sanitarie comprese nei LEA devono essere uguali in ogni regione e in ogni azienda sanitaria, indipendentemente dalle scelte sull'organizzazione dei servizi operate dalle diverse regioni.

Il CNOP nella pubblicazione "Ruolo della Psicologia nei LEA" (*Quaderni CNOP* n. 1, 2018) ha dettagliato le importanti novità presenti in ambito psicologico nei nuovi LEA: per la prima volta la salute fisica e psicologica viene messa sullo stesso piano, dando attuazione compiuta all'art. 32 della Costituzione e all'art. 1 della legge 833/78.

Rimandiamo a tale pubblicazione per l'elenco delle prestazioni psicologiche che viene garantito ai cittadini, ma in questa sede possiamo sottolineare che i LEA prevedono in sostanza:

- a) il concorso degli psicologi alle attività di prevenzione e promozione della salute;
- b) un ruolo professionalmente e operativamente distinto e riconosciuto nei campi più "tradizionali" dell'"assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico", alle "persone con disturbi mentali", "alle persone con disabilità", "alle persone con dipendenze patologiche" e "alle persone con disturbi dello spettro autistico;
- c) un ruolo significativo rispetto a una serie di bisogni crescenti in ambito psicologico. Vediamoli nel dettaglio:  
«garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche ("psicoterapia individuale, di coppia, familiare, di gruppo") necessarie ed appropriate» e, in particolare:
  - "consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia"

- “assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico”
- “supporto psicologico per l'interruzione volontaria della gravidanza”
- “supporto psicologico per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita”
- “supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa”
- “assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche”
- “supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi”
- “supporto psicologico a nuclei familiari in condizioni di disagio”
- “valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione, anche nella fase successiva all'inserimento del minore nel nucleo familiare”

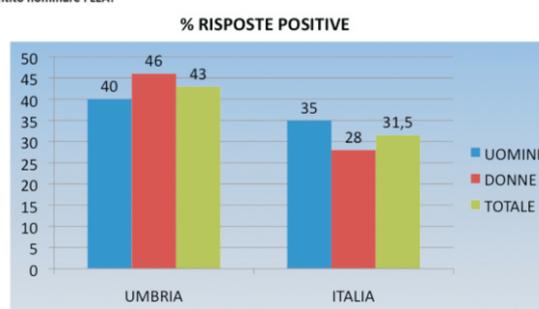
Come si vede, i LEA stabiliscono che siano garantite, cioè erogate in forma pubblica (ovvero direttamente dai servizi pubblici o mediante convenzioni e/o accreditamenti) le prestazioni psicologiche appropriate per rispondere a una serie di situazioni inquadabili (vedi elenco “c” nel paragrafo precedente) nell'ambito del “disagio psichico”. I LEA infatti trattano separatamente gli interventi per i minori o adulti con disturbi neuropsichiatrici e mentali, con dipendenze e disabilità (art. 25, 26, 27, 28) rispetto alle situazioni previste in questo ultimo elenco (art. 25) che definisce una serie di situazioni di rischio o di disagio palese ma non necessariamente legate alla presenza di un disturbo psichico in senso stretto.

E nel definire i destinatari degli interventi psicologici e psicoterapici (opportunosamente distinti) i LEA sono veramente universali, perché si parla di “individui, coppie, donne, minori, famiglie”: in pratica nessun cittadino in condizioni di rischio o disagio è escluso.

I LEA potrebbero sembrare tema da addetti ai lavori, per pochi conoscitori, ma in realtà dalle indagini (quella nazionale e quella umbra) emerge che il 43% degli umbri e il 31,5% degli italiani hanno una certa conoscenza del tema. In questo l'Umbria si mostra una regione informata.

### Conoscenza dei LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Negli ultimi anni, i livelli essenziali di assistenza (LEA) cioè 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), per molte situazioni prevedono la figura dello psicologo. Lei ha mai sentito nominare i LEA?



PROPRIETA' OSSERVATORIO SALUTE  
PSICOLOGICA UMBRIA 2019

17

### Le situazioni di disagio psicologico in Umbria

L'Osservatorio Salute Psicologica dell'Ordine ha quindi promosso una ricerca, attuata mediante l'Istituto Piepoli, su un campione significativo della popolazione umbra. È stato utilizzato lo stesso questionario e lo stesso soggetto di una analoga ricerca effettuata dal CNOP per avere un raffronto con i dati nazionali.

È stato chiesto ai cittadini, mediante intervista, se erano stati mai interessati da uno dei problemi previsti nell'elenco LEA, ovvero problematiche di natura psicologica sui quali lo Stato si è impegnato a garantire una risposta ai cittadini.

I problemi considerati sono stati:

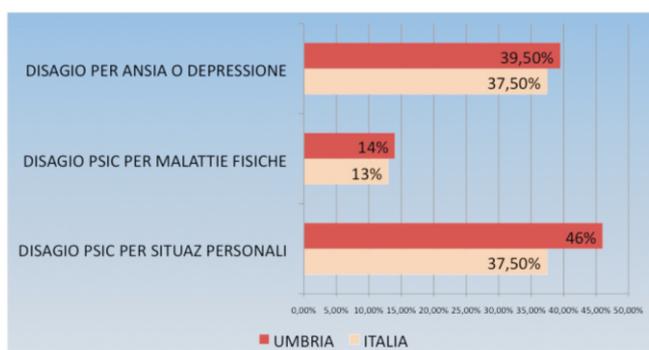
- 1) presenza di problemi psicologici individuali: ansia, depressione o altro;
- 2) presenza di problemi psicologici individuali: disagio psicologico legato a una malattia fisica;
- 3) presenza di problemi psicologici individuali: disagio psicologico per situazioni personali;
- 4) disagio psicologico per problemi di coppia: conflitti, sessualità, genitorialità, separazione;

- 5) disagio psicologico per situazioni di violenza nella coppia;
- 6) disagio psicologico per problemi familiari;
- 7) disagio psicologico legato a malattia fisica in famiglia;
- 8) disagio psicologico in gravidanza o post partum;
- 9) disagio psicologico per sterilità e infertilità;
- 10) disagio psicologico per menopausa o andropausa;
- 11) disagio psicologico di figli adolescenti;
- 12) problemi psicologici nei percorsi di affido.

Nelle figure 1, 2 e 3 vediamo la percentuale di umbri (linea più scura) e di italiani (linea più chiara) che hanno risposto di aver avuto uno dei problemi elencati.

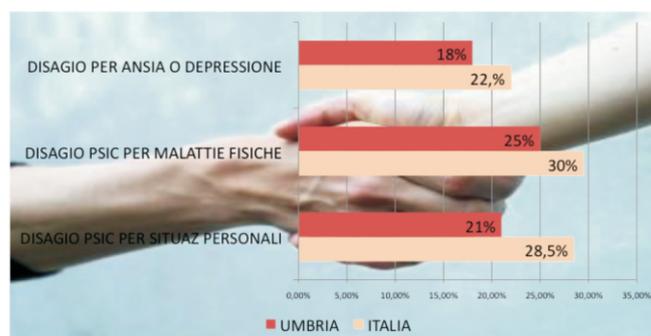
Come si vede nella fig. 1, risulta che il 39,5% dei rispondenti umbri ha dichiarato di aver avuto nella sua vita un problema di ansia o depressione, un dato leggermente superiore a quello nazionale (37,5%), che tuttavia conferma le statistiche che mettono l'Umbria ai primi posti per queste problematiche. Un dato che risulta peraltro abbastanza in linea con quello internazionale che riporta un 29,1% di prevalenza nel ciclo di vita per quanto riguarda i disturbi psichici. Il dato internazionale tuttavia segnala una maggiore presenza di disturbi nei paesi a reddito più elevato e si riferisce a disturbi conclamati e non alla presenza di disagio psicologico per sintomi ansiosi e depressivi.

### 1 – Disagio psicologico per problemi individuali (LEA)



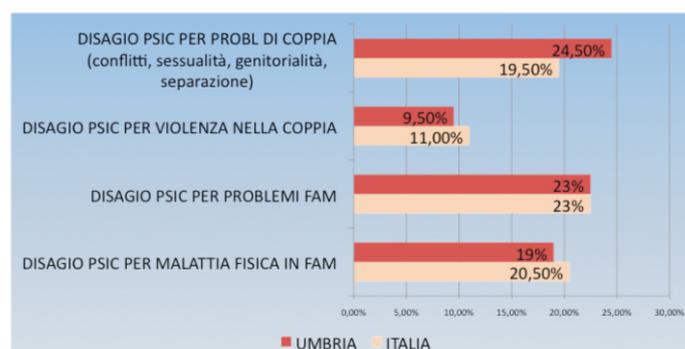
Il 14% degli umbri dichiara di avere o aver avuto un disagio psicologico legato alla presenza di una patologia fisica e il 46% un disagio psicologico legato a situazioni personali. Si tenga presente che le domande dell'intervista in generale erano «ha o ha mai avuto... (specifica del problema) per il quale vorrebbe o avrebbe voluto rivolgersi ad uno psicologo?», quindi il riferimento era chiaramente a problemi abbastanza rilevanti da richiedere un aiuto specialistico.

### 2 – Disagio psicologico per problemi individuali (LEA) *Percentuale di soggetti che hanno trovato una risposta psicologica nel pubblico*



A questo punto alle persone interessate a uno dei problemi suddetti è stato chiesto se effettivamente ha trovato una risposta psicologica in ambito pubblico. Solo il 18% delle persone con disagio per ansia e depressione (22% a livello nazionale) ha ricevuto una risposta psicologica nel pubblico (neanche due su dieci), uno su quattro con problemi psicologici legati a malattia fisica (quasi uno su tre a livello nazionale) e

### 3 – Disagio psicologico per problemi di coppia e familiari (LEA)



uno su quattro ha ricevuto una risposta per disagio legato a situazioni personali (vedi fig. 2).

Un altro gruppo di situazioni contemplate dai LEA è il disagio per problemi di coppia (conflitti, sessualità, genitorialità, separazione): in Umbria un quarto degli intervistati ha dichiarato un problema di questo tipo (fig. 3) ma solo due su dieci hanno potuto beneficiare di una risposta nel pubblico (vedi fig. 4).

4 – Disagio psicologico per problemi di coppia e familiari (LEA)  
*Percentuale di soggetti che hanno trovato una risposta psicologica nel pubblico*



PROPRIETA' OSSERVATORIO SALUTE  
PSICOLOGICA UMBRIA 2019

21

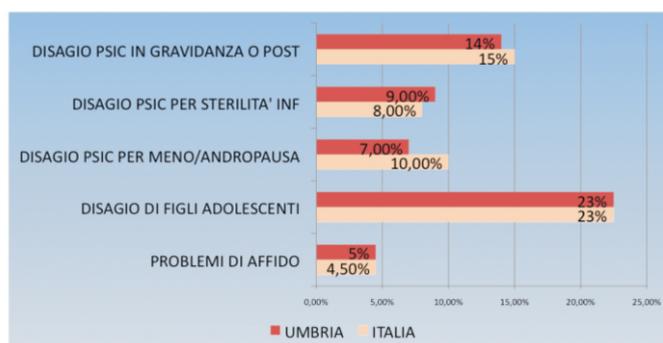
Circa il 10% degli intervistati ha vissuto un problema di violenza nella coppia (un dato che fa riflettere...) e questo è uno dei pochi casi in cui l'Umbria ha una risposta superiore a quella nazionale: il 37% delle situazioni ha avuto una risposta nel pubblico. I "nuclei familiari in condizioni di disagio" risultano (o sono stati) una realtà per il 23% dei rispondenti ma solo una situazione su quattro è stata aiutata nel pubblico, mentre il disagio psicologico per un familiare con patologia fisica ha riguardato il 19% degli umbri e di questi casi neanche uno su quattro ha beneficiato di un aiuto (18% in Umbria contro un 28,5% nazionale).

Un altro pacchetto di situazioni è riportato nella fig. 5. Come si nota il 14% delle donne dichiara di aver sofferto di uno specifico disagio psicologico durante la gravidanza o nella fase successiva al parto. Un dato molto significativo in considerazione delle conseguenze ben evidenziate nella letteratura per i figli. E in Umbria solo una donna su cinque ha avuto un aiuto nel pubblico (22%).

Questo nonostante i LEA abbiano addirittura previsto che «qualora emerge il sospetto di un disagio psicologico [...] un colloquio psicologico-clinico in gravidanza con finalità diagnostiche» (art. 59).

Le situazioni di disagio per sterilità e/o infertilità hanno riguardato o riguardano una persona su dieci (9%) e una su quattro ha ricevuto aiuto, mentre il disagio per menopausa o andropausa è dichiarato dal 7% delle persone e una su tre ha ricevuto aiuto.

5 – Disagio psicologico per altre situazioni previste dai LEA



PROPRIETA' OSSERVATORIO SALUTE  
PSICOLOGICA UMBRIA 2019

22

6 – Disagio psicologico per altre situazioni previste dai LEA  
*Percentuale di soggetti che hanno trovato una risposta psicologica nel pubblico*



PROPRIETA' OSSERVATORIO SALUTE  
PSICOLOGICA UMBRIA 2019

23

Il disagio in adolescenza appare un problema diffuso (riguarda o ha riguardato un quarto dei rispondenti) e poco più di una situazione su cinque (28%) ha ricevuto aiuto psicologico. Certamente qui incide anche la mancanza di una regolare e diffusa presenza di competenze psicologiche nelle scuole: tanti progetti sperimentali, molto volontariati da parte degli psicologi

che conoscono la valenza di un intervento in quel contesto, ma manca a tutt'oggi una politica nazionale e regionale in materia che si faccia carico di queste esigenze.

Infine, i problemi psicologici legati a un percorso di affido hanno interessato una persona su cinque in Umbria e il 17% ha avuto un aiuto nel pubblico.

### I LEA in campo psicologico non sono garantiti

Da quanto evidenziato – ed è solo una analisi parziale perché diverse voci dei LEA non sono state considerate, come quelle che riguardano le persone con disturbi mentali, dipendenze o i minori con disturbi neuropsichiatrici e che prevedono sempre anche una valutazione psicologica e tutti gli interventi psicologici e psicoterapici appropriati, oltre che interventi sui familiari – i bisogni psicologici contemplati dai LEA sono una realtà molto diffusa, che attraversa la vita di una quota rilevante della popolazione, che oscilla tra il 7% (disagio per menopausa) al 46% (disagio per situazioni personali) con una media del 20,6%. Un cittadino su cinque è stato interessato nella propria vita da un problema di questo tipo e i nuovi LEA prevedono che abbia diritto a un intervento psicologico appropriato.

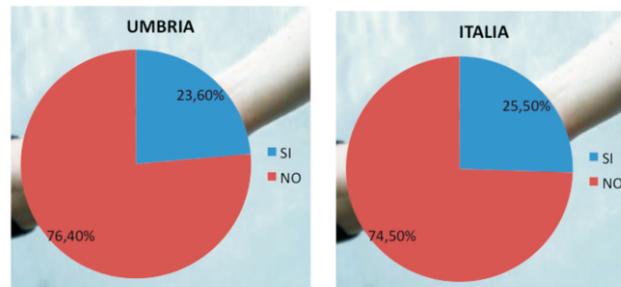
Ma quanti lo hanno ricevuto?

Se andiamo a fare la media in Umbria neanche un cittadino su quattro, una media del 23,6%, inferiore di due punti a quella nazionale (fig. 7).

E cosa hanno fatto gli altri?

Nell'indagine, oltre alla voce “Psicologo nel pubblico”, era possibile anche rispondere “Psicologo nel privato”, “ho affrontato il problema in famiglia senza avere aiuti esterni” e “non ho affrontato la situazione (non ho avuto alcun aiuto)” e “altro, specificare”. Ebbene, come si evince dalla fig. 8, il 17,5% delle persone ha cercato risposta nel privato (quindi a proprie spese) mentre un umbro su quattro ha ripiegato sul sostegno della famiglia e uno su tre non ha ricevuto nessuno tipo di aiuto. Emerge quindi che di fronte a questi problemi due cittadini su dieci (o poco più) hanno avuto ciò che i LEA gli garantiscono,

7 – Percentuale complessiva di soggetti che hanno trovato una risposta psicologica nel pubblico sui LEA considerati



PROPRIETA' OSSERVATORIO SALUTE  
PSICOLOGICA UMBRIA 2019

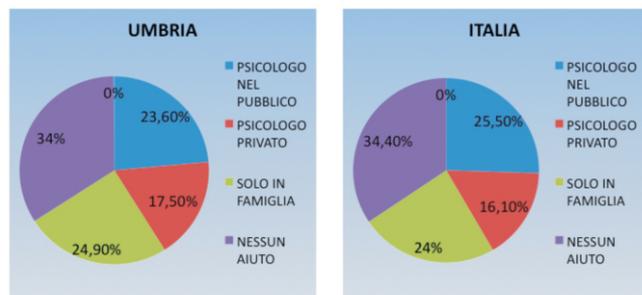
24

no, quasi due su dieci (17,55) hanno pagato di tasca propria ciò che avrebbero dovuto avere e di fatto sei cittadini su dieci non hanno potuto contare sull'aiuto di un professionista. È naturale che il cittadino possa affidarsi a uno psicologo di sua fiducia nel privato ma deve avere – nelle fattispecie previste dai LEA – la possibilità di avere una risposta a titolo non oneroso (o, quando previsto, pagando un ticket in relazione al proprio reddito).

Tra l'altro sarebbe interessante approfondire chi sono gli psicologi che hanno dato questa risposta “nel pubblico”: da una indagine dell'AUPI Umbria risulta infatti che per ogni psicologo strutturato (ovvero dipendente dal servizio sanitario) ce n'è almeno un altro precario o volontario, che viene finanziato da soggetti esterni (come fondazioni), dai cittadini stessi (associazioni) o che presta la propria attività senza essere remunerato. È molto probabile quindi che quel 23,6% di pubblico solo in parte sia il frutto di una risorsa pubblica e non piuttosto lo sforzo di tante realtà e di tanti psicologi che lavorano quasi o del tutto gratuitamente.

La letteratura evidenzia come un disagio non affrontato nel tempo possa causare una serie di problemi legati agli equilibri adattivi, alle performance nei diversi aspetti della vita, alla qualità della vita, al benessere e alla salute. Se i LEA hanno contemplato queste situazioni è perché vi sono chiare evidenze in proposito, così come vi sono evidenze sulla efficacia di un aiuto psicologico appropriato, anche breve ma tempestivo e mirato.

## 8 – Come ha affrontato il problema?



La voce «altro» non ha registrato risposte (0%)



PROPRIETA' OSSERVATORIO SALUTE  
PSICOLOGICA UMBRIA 2019

25

Risulta evidente che la maggior parte dei cittadini, quei sei su dieci che non hanno trovato risposte nel pubblico per mancanza di psicologi o che non hanno potuto permettersi uno psicologo privato, in buona parte hanno dovuto fare a meno di un aiuto psicologico perché non potevano permetterselo.

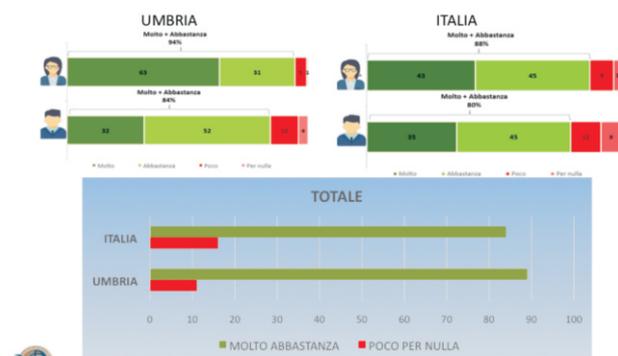
Se infatti si guarda la fig. 9, ben il 90% dei rispondenti umbri giudica molto o abbastanza importante il supporto dello psicologo nelle situazioni considerate.

Questa indagine evidenzia che il “sistema salute” non considera ancora la salute psicologica alla stessa stregua di quella fisica. Se pensiamo alla nostra Regione si è dovuto attendere il 2014 (e le battaglie dell'AUPI e dell'Ordine) per la istituzione in Regione di un gruppo di lavoro con l'obiettivo di fornire indicazioni sulla organizzazione delle attività psicologiche. Il documento prodotto è

## SUPPORTO DELLO PSICOLOGO

9

Secondo Lei quanto è utile il supporto dello psicologo nelle situazioni appena lette?



PROPRIETA' OSSERVATORIO SALUTE  
PSICOLOGICA UMBRIA 2019

26

stato trasformato in delibera nel 2015 (Del. GR n. 364/15) ma le sue linee operative (creare e sviluppare dei servizi psicologici in tutte le aziende) sono rimaste sostanzialmente inapplicate a distanza di quattro anni.

Il tema non è solo potenziare i servizi psicologici nelle USL e negli ospedali ma è guardare al sistema complessivo dei servizi pubblici per dare una risposta articolata ai bisogni psicologici. Con l'inserimento degli psicologi nelle cure primarie, nelle scuole, nei servizi sociali (dove praticamente non esistono), occorre prevedere la presenza adeguata di psicologi nelle strutture che si convenzionano, si accreditano e vengono appaltati servizi (si pensi alle cooperative, al terzo settore).

In questi anni l'Ordine ha cercato con varie iniziative di portare all'attenzione dei politici e dei decisori istituzionali il tema dei bisogni psicologici nella società umbra e la necessità di dare risposte adeguate. Non si tratta – sia ben chiaro – di mortificare la libera professione degli Psicologi ma è inaccettabile che il cittadino che ha problemi debba avere questa come unica o principale soluzione, perché questo impedisce di fatto a tutti coloro che non possono permetterselo di accedere a questo aiuto, rende spesso inaccessibile questa figura a molte situazioni, impedisce una organica politica di prevenzione e di intervento tempestivo diffusa nei contesti strategici.

L'Assemblea Legislativa dell'Umbria – dopo un confronto tra la Commissione Salute e Sociale e l'Ordine – ha approvato all'unanimità nel 2016 un indirizzo generale per il potenziamento dei servizi psicologici al cittadino nei vari ambiti della società regionale ma, come si vede, queste indicazioni sono in gran parte rimaste sulla carta.

L'impegno dell'Osservatorio umbro Salute Psicologica è quello di continuare a monitorare questa situazione con l'obiettivo di far prendere coscienza ai cittadini dei loro diritti e alle istituzioni di attivare una politica concreta e adeguata in questo campo.

## 04.

# PSICUP PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE

## Un percorso sperimentale di collaborazione tra Psicologo e MMG in Umbria

**Paola Angelucci**

Consigliera dell'Ordine degli Psicologi della Regione Umbria, Psicologa-Psicoterapeuta USL Umbria 2

**Maddalena Bazzoli**

Incaricata Psicologa-Psicoterapeuta USL Umbria 1

**Barbara Bertocci**

Incaricata Psicologa-Psicoterapeuta USL Umbria 2

**Antonella Micheletti**

Consigliera dell'Ordine degli Psicologi della Regione Umbria, Psicologa-Psicoterapeuta USL Umbria 1

**Emanuela Moretti**

Psicologa-Psicoterapeuta USL Umbria1

Nel corso degli ultimi anni sono emersi nuovi paradigmi riguardo al concetto di “cura”, che seppure in modo diverso tendono tutti a implementare una visione olistica dell'individuo. La centralità dell'intervento sull'organismo delle scienze biologiche sta allargandosi a cerchi concentrici aggiungendo altri interventi in grado di considerare la persona con le sue specifiche caratteristiche, le sue modalità di adattamento, la qualità delle relazioni familiari e sociali che la sostengono.

Abbandonato il modello dicotomico di salute, concepita come assenza di malattia, si tende a considerare il modello del ben-essere bio-psico-sociale, stato che può essere raggiunto nel momento in cui un individuo sviluppa e mobilita attivamente le risorse di cui dispone per migliorare la propria posizione nei confronti della vita.

Salute e malattia non sono pertanto condizioni che si escludono a vicenda ma in una visione bidimensionale sono parti che necessitano di un continuo processo d'integrazione adattivo fra la linea del malessere e quella del benessere (Bertini, 2012).

Il progetto sperimentale PSICUP – Psicologia nelle Cure Primarie nella Regione Umbria ha accolto la sfida di sostenere questa visione integrativa e adattiva, promuovendo un sistema di cure centra-

to sui bisogni di salute della popolazione attraverso l'indispensabile coinvolgimento attivo e diretto delle persone lungo il loro percorso di cura. Autoefficacia, responsabilizzazione, empowerment, sono state le parole chiave che hanno accompagnato l'intero anno di sperimentazione e guidato nella realizzazione del progetto.

### **Il contesto normativo di riferimento**

La DGR n. 135 del 20/02/2017 della Regione Umbria “PSICUP - Psicologia nelle Cure Primarie” dà mandato alle Unità Sanitarie Locali umbre di disporre un progetto innovativo rispetto all'attivazione di un “primo livello di servizi e cure psicologiche di qualità, accessibile, efficace e con percorsi di integrazione interdisciplinare e di raccordo con i Medici di Medicina Generale e con gli operatori socio-sanitari del Distretto”.

La sperimentazione promossa dalla Regione, accolta e attivata dalle Aziende USL del territorio, è stata sostenuta dalla collaborazione dell'Ordine degli Psicologi della Regione Umbria che ha coinvolto il Dipartimento di Filosofia e Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Perugia per la valutazione degli esiti.

Le risorse dedicate hanno permesso di rendere il progetto operativo, per la durata di 12 mesi,

presso il Distretto Media Valle del Tevere – Casa della Salute/AFT di Marsciano – per l'Azienda USL Umbria 1 e presso il Distretto di Foligno – Casa della Salute di Trevi – per l'Azienda USL Umbria 2.

#### PSICUP: il nostro mandato

- ✓ Sperimentare il Modello dello Psicologo nelle Cure Primarie al fine di, qualora i risultati fossero positivi, estenderlo come modalità operativa a tutta la Regione (come da delibera DGR n. 135 del 20/02/2017);
- ✓ Creare collaborazione, integrazione e collegamento tra professionalità diverse in ambito socio-sanitario: Medici di Medicina Generale, Infermieri, Psicologi, Assistenti Sociali con l'obiettivo di rispondere in modo più completo ai bisogni del cittadino, ridurre i tempi d'attesa e i costi per le famiglie e per il Servizio Sanitario.

#### Obiettivo: promozione della salute

La domanda di salute, sempre più spesso, non riguarda solo un insulto alla biologia dell'individuo ma è una domanda più complessa di ben-essere: è il bisogno di trovare la migliore sintonizzazione psicobiologica che permetta di continuare una narrativa esistenziale nelle diverse circostanze e fasi della vita.

In questa cornice, il ruolo dello Psicologo nelle Cure Primarie è stato quello di offrire un Servizio per rispondere ai bisogni psicologici della popolazione con funzione di prima risposta e filtro alle richieste di salute e benessere più comuni, mirando alla promozione della salute.

In quest'ottica, la stretta sinergia e collaborazione con i Medici di Medicina Generale è risultata fondamentale per una presa in carico globale della persona e ha permesso di raggiungere importanti obiettivi di salute (vedi tabella seguente).

#### Obiettivi di salute

- ✓ Promuovere un concetto di salute della persona in un'ottica adattativa bio-psico-sociale;
- ✓ Individuare precocemente il disagio psichico prima che si cronicizzi o si strutturi in forme patologiche conclamate;
- ✓ Offrire uno spazio d'ascolto che prenda in esame, oltre alla condizione biologica, anche la situazione relazionale, psicologica, di ciclo di vita della persona;
- ✓ Promuovere il benessere della comunità intervenendo precocemente sui casi di disagio psichico, relazionale e sociale;
- ✓ Inviare precocemente e correttamente le persone con problematiche specifiche ai Servizi Specialistici Territoriali di Secondo Livello;
- ✓ Fornire un primo livello di cure psicologiche di alta qualità, accessibile ed efficace.

#### Perché una Psicologia nelle Cure Primarie

Le finalità più generali del progetto rientrano nel campo della cosiddetta “medicina di iniziativa”, la quale sostiene l'importanza di interventi precoci, evidence-based che impediscano l'insorgere della malattia, che vadano a incrementare il benessere individuale, a diminuire l'utilizzo improprio di indagini cliniche e di farmaci, riducendo quindi anche la spesa del Sistema Sanitario Nazionale.

La sperimentazione, così come impostata dalla Regione Umbria, ha come obiettivo quello di valutare l'efficacia dell'intervento psicologico su persone che presentano disturbi psicologici reattivi a situazioni di difficoltà che peggiorando potrebbero incidere negativamente sulla loro vita relazionale, sociale, lavorativa.

Lo scopo prefissato è quello di poter intervenire su fasce di popolazione che necessitano di supporto e di valutazione, in un'ottica di promozione della salute e allo stesso tempo garantire il miglior benessere possibile, nel contesto della medicina di base, vicino alla realtà delle persone e dei loro contesti di vita.

### Perché una Psicologia delle Cure Primarie?

- ✓ Facilita l'accesso alle cure e alle terapie psicologiche;
- ✓ Migliora la qualità del trattamento psicologico di primo livello, fornendo un intervento appropriato al tipo di disagio e/o patologia riportata;
- ✓ Potenzia gli esiti terapeutici e ha una ricaduta positiva sulla qualità di vita delle persone;
- ✓ Crea un contesto di comunicazione e di relazione positiva ed efficace fra i diversi professionisti impegnati nella cura e nella promozione della salute.

### Processi e standard assistenziali

La definizione dei criteri di appropriatezza dell'invio al Servizio PSICUP ha permesso di delimitare il raggio d'azione dello Psicologo che si è caratterizzato come un intervento di Primo Livello, con finalità psicodiagnostiche, psicoeducazionali e/o psicoterapeutiche di tipo breve.

La metodologia si fonda sull'adozione di interventi terapeutici evidence-based, multiprofessionali, integrati e collaborativi, capaci di coniugare tutte le istanze portate dal paziente, relative alle componenti fisiche, agli aspetti mentali ed emotivi, ai riferimenti valoriali.

La finalità è quella di sollecitare l'individuo ad avere una visione più realistica di sé e dell'ambiente circostante, delle proprie risorse personali e della modalità di gestione dei rapporti interpersonali.

Nello specifico, la metodologia prevede un approccio collaborativo con il Medico di Medicina Generale, che invia allo Psicologo tutti quei pazienti con sintomatologia lieve o moderata, conclamata o sospetta, per una valutazione e una eventuale presa in carico.

### Criteri di appropriatezza dell'invio allo PSICUP

<b>Fattori di rischio psicopatologico</b>	Assenza di psicopatologia clinicamente evidente. Episodi circoscritti al disagio emotivo reattivi ad eventi di vita. Esordio recente (3-6 mesi). Adeguato funzionamento psicosociale. Problematiche legate al ciclo di vita e ai problemi di adattamento.
<b>Problematiche psicologiche di tipo clinico lievi o moderate</b>	Presenza di disturbi psicopatologici di lieve o moderata intensità. Esordio sintomatologia (6 mesi). Funzionamento psicosociale mediamente danneggiato (punteggio VGF 51-60).

Nelle Cure Primarie non rientrano trattamenti psicologici a medio/lungo termine, ad elevata complessità sanitaria o che richiedano il coinvolgimento di una specifica équipe multi professionale come riportato nella seguente tabella:

### Criteri di NON appropriatezza dell'invio allo PSICUP

- ✓ Persone con problematiche che richiedono un intervento con carattere di urgenza;
- ✓ Persone che presentano patologie di intensità tali da richiedere l'invio ai servizi specialistici;
- ✓ Persone per le quali il bisogno prevalente è l'intervento di tutela e/o di intervento sociale sulle necessità primarie.

### Valutazione degli esiti clinici

Uno studio scientifico curato dal Dipartimento di Filosofia e Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Perugia ha valutato l'efficacia e la pertinenza del progetto. I risultati verranno resi pubblici dagli stessi docenti dell'ateneo nel convegno "La

Psicologia nelle Cure Primarie. I risultati del progetto PSICUP” Perugia (17 ottobre 2019 – Palazzo Cesaroni).

### Monitoraggio dell'attività svolta dal servizio psicup: alcuni dati

I Medici di Medicina generale hanno avuto la possibilità di inviare allo psicologo, in maniera conforme e pertinente, tutte quelle persone che rientravano nei criteri di appropriatezza precedentemente condivisi che potevano beneficiare del nuovo Servizio PSICUP.

#### I risultati

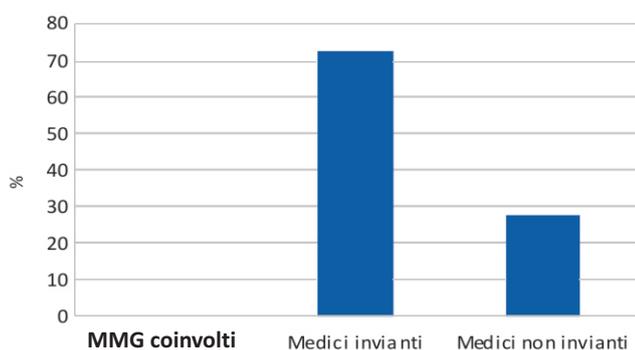
##### Invii sui rispettivi territori

Da giugno 2018 a giugno 2019 sono state prese in carico 25 persone nell'AUSL 2 e 70 persone nell'AUSL 1 per un totale di 95 pazienti. Le richieste pervenute sono state complessivamente 106. Il numero degli invii è proporzionale alle risorse disponibili in ciascun territorio.

Attività clinica 2018 - 2019	Totale richieste	N. prese in carico	N colloqui clinici	N Equipe
AUSL UMBRIA 1	76	70	458	66
AUSL UMBRIA 2	30	25	227	88
<b>TOTALE</b>	<b>106</b>	<b>95</b>	<b>685</b>	<b>154</b>

#### Medici inviati

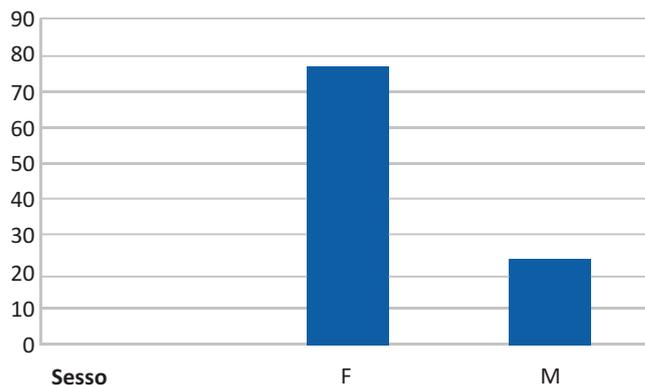
Durante il primo anno sperimentale, sono stati coinvolti 29 MMG afferenti alle case della salute/AFT del Distretto di Marsciano e del Distretto di Foligno; di questi 21 (72,4%) ha inviato i propri assistiti al Servizio PSICUP.



### Dati descrittivi del campione

#### Sesso

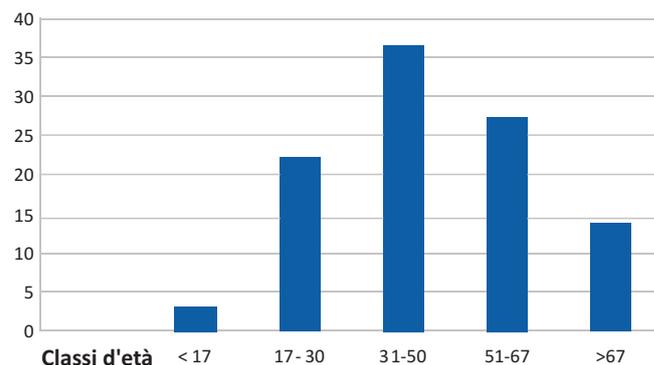
I cittadini afferenti al Servizio che sono stati presi in carico sono 95 di cui 22 uomini (23,16 %) e 73 donne (76,84) (vedi grafico 2).



#### Classi d'età

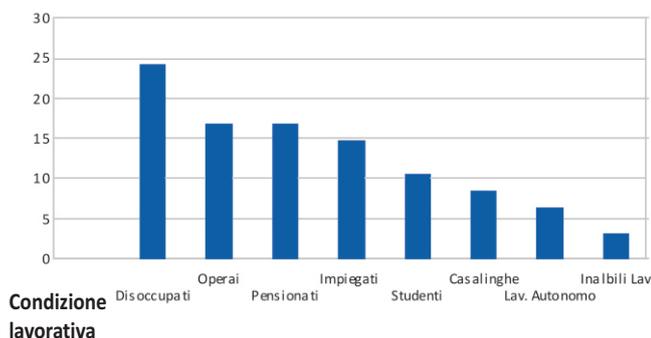
Sono state prese in carico dal Servizio persone di età compresa tra 14 e 88 anni.

La fascia di età maggiormente coinvolta è quella tra i 31 e i 50 anni e rappresenta il 33,68% dei pazienti presi in carico dal Servizio PSICUP. Il 27,37% interessa la fascia di età tra i 51 ed i 67 anni, e il 22,11% invece la fascia d'età tra i 17-30 anni. Il 13,69% del campione ha un'età superiore ai 67 anni.



#### Condizione lavorativa

Il tasso di disoccupazione raggiunge valori del 24%; 16 pazienti (16,84%) sono operai; 15 pazienti (15,80%) sono pensionati; 14 pazienti (14,73%) sono impiegati; 10 pazienti (10,53%) sono studenti; 8 pazienti (8,42%) sono casalinghe; 6 pazienti (6,31%) sono liberi professionisti e 3 pazienti (3,16%) sono inabili al lavoro.

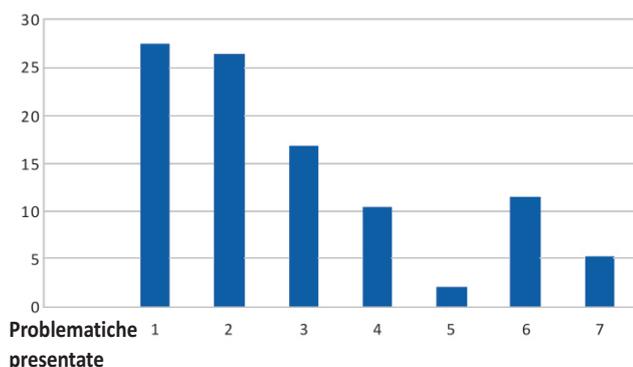


### Problematiche presentate

La problematica maggiormente rilevata è relativa all'area "Fattori di rischio" (27,37 %), seguono gli aspetti depressivi (26,31%) e reazioni a gravi stress e sindromi di disadattamento (16,85%).

I disturbi ansiosi raggiungono il 10,52% mentre le sindromi somatoformi si collocano al 2,11%.

Nella categoria "riformulazione della richiesta d'aiuto" (5,26%) convergono tutti i casi per i quali si è reso subito necessario l'invio più appropriato a un altro Servizio.



1. Fattori di rischio: problematiche legate al ciclo di vita e ai problemi di adattamento
2. Disturbi Depressivi
3. Disturbi Ansiosi
4. Reazioni a gravi stress e sindromi di disadattamento
5. Sindromi somatoformi
6. Altro
7. Riformulazione richiesta d'aiuto

### Il livello di soddisfazione dei pazienti

È stata condotta una prima indagine conoscitiva che ha coinvolto 55 utenti afferenti al Servizio

PSICUP della Casa della Salute di Marsciano e della Casa della Salute di Trevi.

Come si può osservare, emerge una buona e generale soddisfazione rispetto al Servizio erogato.

Il 67% delle persone assegna punteggio 10 al proprio grado di soddisfazione circa la qualità del servizio erogato; il 14,54% del campione assegna un punteggio pari a 9; il 16,37% attribuisce un punteggio pari a 8 mentre il 4,81% codifica con 7 il livello di soddisfazione.

### Valutazione degli esiti della terapia: customer satisfaction

Indagine conoscitiva sul grado di soddisfazione del Servizio

Quesito:

«Qual è il suo giudizio complessivo sul servizio che eroga la psicoterapia?»

(attraverso un punteggio da 1 a 10, dove 1 = pessimo, 10 = ottimo)



### Conclusioni

La proposta della Regione Umbria di sperimentare la Psicologia nelle Cure Primarie ha avuto riscontri importanti e degni di attenzione.

L'obiettivo di "Salute per tutti" stabilito dall'OMS, che accanto all'aspetto biologico include anche quello sociale e psicologico dell'individuo, è raggiungibile inserendo la componente benessere mentale nelle cure primarie.

L'OMS sostiene che nel 2030 la depressione sarà la malattia cronica più diffusa. È necessario, quindi, intervenire al primo livello di cura per identificare

precocemente i segni prodromici del disturbo prima che assuma caratteristiche più importanti e si strutturi in un quadro patologico e si cronicizzi. Le cure primarie, ovviamente, rappresentano il punto d'ingresso principale al sistema sanitario per pazienti e famiglie.

Dati dimostrano che il 50% delle persone che si presentano innanzi al medico di medicina generale presentano problemi inerenti un malessere psichico che gravitano intorno ai temi del dolore, della cronicità, o su dimensioni emozionali e relazionali che rischiano di non essere sufficientemente prese in considerazione.

La Psicologia delle Cure Primarie soddisfa questi bisogni. Si inserisce nel livello primario di cura garantendo accessibilità e disponibilità a tutti, contribuisce a ridurre stigma e discriminazione rispetto al disagio mentale, raggiungendo pertanto un numero elevato di cittadini.

Il sistema sanitario avrebbe un risparmio in termini di riduzione delle spese per visite specialistiche inappropriate, esami clinici non necessari, uso eccessivo di farmaci e ricorso a ospedalizzazioni non pertinenti.

Il medico di medicina generale sarebbe coadiuvato ad accogliere e discernere tra domande/bisogni dei cittadini che spesso necessitano di una analisi della domanda per essere riorientati verso un percorso di cura più appropriato, non esaudibili con interventi legati alla dimensione biologica.

Infine è nostro desiderio mettere in evidenza che il progetto proposto dalla Regione Umbria è stato la base per un tavolo di lavoro di confronto nazionale organizzato dal CNOP che ha prodotto un documento "Lo psicologo di cure primarie" in cui si propone di adottare il modello a livello nazionale e nel contempo allarga la collaborazione anche con i Pediatri di libera scelta.

I risultati della sperimentazione ci permetteranno di mettere in evidenza la validità del progetto anche dal punto di vista degli esiti, non ci rimane quindi che attendere la ripresa del progetto su più larga scala, così come previsto dalla delibera regionale.

## Bibliografia

Alexander *et al.* (2010), Bringing to psychotherapy to primary care, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, pp. 191-214.

American Psychological Association (2013), Recognition of Psychotherapy Effectiveness, *American Psychological Association. Journal of Psychotherapy Integration*, 23 (3), pp. 320-330.

ARESS (2013), *Indirizzi e raccomandazioni per l'implementazione dell'assistenza psicologica nelle cure primarie nella rete di assistenza sanitaria territoriale del Piemonte*.

Assemblea Legislativa della Regione Umbra, *Delibera n. 116 del 27 settembre 2016*.

Barbianti P. (2015), *Ripensare la salute: per un riposizionamento critico della psicologia della salute*, Franco Angeli, Milano.

Barders C.L. (2012), Defining Patient-Centered Medicine, *NEngl J Med*, 336, pp. 782-783.

Bernd Lowe M.D. *et al.* (2008), Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment, *General Hospital Psychiatry*, May-June 2008, pp. 191-199.

Bertini M. (1988), *Psicologia e salute. Prevenzione della patologia e promozione della salute*, Carocci, Roma.

Bertini M. (2012), *Psicologia della Salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Blount A. (2003), Integrated primary care: organizing the evidence, *Families, Systems & Health*, 21, pp. 121-133.

Carozza P. (2014), *Dalla centralità dei Servizi alla centralità della Persona. L'esperienza di cambiamento di un Dipartimento di Salute Mentale*, FrancoAngeli, Milano.

Chiles J.A. *et al.* (1999), The impact of Psychological Interventions on medical cost offset: a meta analytic review, *Clin Psychol Sci Prac*, 6, pp. 204-220.

Clark D. (2011), Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience,

*International Review of Psychiatry*, agosto 2011, 23, pp. 375-384.

Clark D. (2018), Realizing the Mass Public Benefit of Evidence -Based Psychological Therapies: the IAPT Program, *Ann. Rev. Clinic. Psychol.*

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (2017), *Ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza*, redatto dalla Task Force sui LEA istituita presso il CNOP, giugno 2017.

Derkesen J. (2008), Primary Care Psychologist in the Netherlands: 30 years of experience, *Professional Psychology: Research and Practice*, 40 (5), pp. 493-501.

Lazzari D. (2013), *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici*, Tecniche Nuove Edizioni, Milano.

Liuzzi M. (2016), *La Psicologia nelle cure primarie. Clinica, modelli di intervento e buone pratiche*, il Mulino, Bologna.

Senato della Repubblica, Atto n. 1453, XVII Legislatura, *Istituzione della figura professionale dello psicologo di base del ruolo sanitario*, 11 settembre 2014.

Solano L. (2011), *Dal sintomo alla persona. Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base*, FrancoAngeli, Milano.

Starfield B. (2011), Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care?, *The Permanente Journal*, 15, 2, pp. 63-69.

Tomassoni M., Iacarella G., Solano L. (2002), Psicologia della Salute e Medicina di Base: una collaborazione proficua, *Psicologia della Salute*, 1, pp. 121-134.

Tomassoni M., Solano L. (2015), *Una base più sicura. Esperienze di collaborazione diretta tra Medici e Psicologi*, FrancoAngeli, Milano.

Van Weel C. et al. (2008), Mental Health and primary care: family medicine has a role, *Mental Health Fam Med*, 5, pp. 3-4.

## 05.

# LO PSICOLOGO NEI SERVIZI SOCIALI E COMUNALI

### Gruppo di Lavoro “Protocollo ANCI-Ordine” dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria<sup>1</sup>

Gli Enti Locali, e in particolare i Comuni, hanno rilevanti competenze che implicano aspetti di tipo psicologico, si pensi ai temi del welfare e dei servizi sociali, dei nidi e servizi educativi per l'infanzia, dei servizi per la comunità, dell'organizzazione sociale e degli spazi urbani e così via.

Molti di questi aspetti, in particolare quelli legati al sociale, risultano – come si potrà cogliere in questa pubblicazione – fortemente correlati agli interventi di tipo sanitario, rendendo necessaria una integrazione della programmazione e degli interventi di carattere psicosociale che guardi complessivamente alla promozione del benessere e della salute e offra risposta a varie condizioni di disagio e fragilità.

#### **Il protocollo nazionale ANCI-CNOP**

Al fine di promuovere la presenza delle competenze psicologiche nell'ambito dei servizi comunali il CNOP ha stipulato un Protocollo d'Intesa con l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI)<sup>2</sup> che ha le seguenti finalità:

«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 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.

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 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 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 dei cittadini.

Nello specifico, ANCI, di intesa con il CNOP e con gli Ordini Territoriali, si impegna a promuovere presso i Comuni italiani l'implementazione delle competenze psicologiche nel sistema integrato degli interventi psicosociali e psicoeducativi al fine di assicurare sostegno psicologico e orientamento a favore delle famiglie e dei cittadini seguiti all'interno dei servizi sociali dei Comuni, supportando e integrandosi al lavoro d'équipe, nei progetti di contrasto alla povertà, nell'area dell'emergenza, della protezione, del pregiudizio. Il CNOP si impegna ad organizzare in collaborazione con ANCI, previa condivisione di progetti mirati,

<sup>1</sup> Speranza Favaroni, Annamaria Paladino, David Lazzari, Simona Fazi.  
L'elaborazione dei dati è a cura di Speranza Favaroni

<sup>2</sup> [http://www.psy.it/wpcontent/uploads/2018/10/protocollo-intesa-CNOP\\_ANCI.pdf](http://www.psy.it/wpcontent/uploads/2018/10/protocollo-intesa-CNOP_ANCI.pdf)

eventi formativi rivolti agli iscritti psicologi dipendenti comunali su tematiche relative 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 e all'emergenza.

Le Parti si impegnano, altresì, a realizzare iniziative ed eventi di sensibilizzazione, momenti di studio, aggiornamento sulla tutela dei diritti dei cittadini, attraverso l'organizzazione di convegni, seminari, tavole rotonde, workshop, coinvolgendo gli Enti Locali, il mondo della cultura e dell'informazione, per promuovere cambiamenti concreti a livello sociale, culturale, politico e giuridico».

#### **L'accordo regionale Ordine-ANCI Umbria**

Tale accordo nazionale è stato oggetto di uno specifico accordo per la sua attuazione in Umbria sottoscritto dal Presidente dell'ANCI Umbria Francesco De Rebotti e dal presidente del nostro Ordine David Lazzari nell'aprile 2009.

Le finalità dell'accordo regionale sono le seguenti: «Promuovere l'implementazione delle competenze psicologiche nei seguenti ambiti di intervento (previsti dalle normative nazionali e regionali, nonché dal Nomenclatore CISIS del 2013 e di seguito riportati a titolo esemplificativo e non esaustivo) nel sistema dei servizi sociali integrati in una prospettiva multidisciplinare e multiprofessionale:

- 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 domici-

liare integrata con servizi sanitari);

- azioni e interventi di coprogettazione 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);
- interventi psicosociali e psicoeducativi presso Centri a carattere socio-sanitario, quali centri diurni semiresidenziali e socio-riabilitativi, laboratori protetti e centri occupazionali;
- attività di consulenza, coprogettazione, 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, supporto psicologico e interventi sul disagio psicosociale 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 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 informazione, formazione e consulenza nel sistema di istruzione e formazione professionale finalizzati alla salute, al benessere individuale e collettivo, al successo formativo, all'integrazione, al contrasto del disagio giovanile, della dispersione scolastica, del bullismo e dei comportamenti a rischio;
- 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».

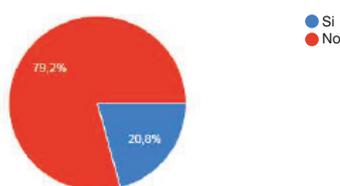
### Una prima indagine sugli iscritti

Per promuovere l'attuazione dell'accordo regionale l'Ordine ha promosso una indagine presso i propri iscritti per conoscere quanti operano nel campo dei servizi sociali.

Nei grafici si possono leggere i risultati.

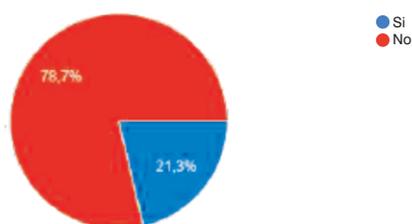
Lei collabora strutturalmente con un Comune o Associazione di Comuni della Regione Umbria?

125 risposte



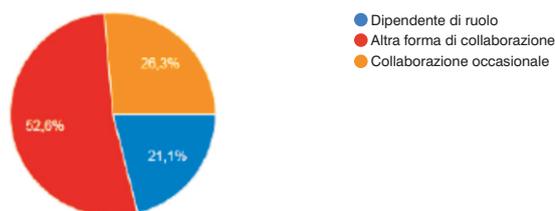
La collaborazione avviene in qualità di psicologo?

39 risposte



A che titolo avviene tale collaborazione?

38 risposte



Anche se il numero dei rispondenti è stato limitato, risulta che il 20% degli stessi collabora strutturalmente con un Comune, anche se solo nel 21,3% dei casi con la qualifica di Psicologo. Risulta evidente che si tratta di un campo ancora da sviluppare.

### L'indagine presso i Comuni umbri

È stata promossa una indagine presso tutti i Comuni con lo scopo di far conoscere l'accordo regionale e di acquisire il parere di Sindaci, assessori e dirigenti relativamente alla figura dello Psicologo e agli obiettivi di lavoro proposti dal Protocollo nazionale.

L'indagine, promossa da ANCI Umbria e Ordine, è ancora in corso, ma è stato comunque ritenuto utile far conoscere i primi risultati<sup>3</sup>. 15 comuni hanno risposto al questionario, di questi 4 appartenenti alla provincia di Terni e gli altri alla Provincia di Perugia.

In prevalenza è stato compilato da Assessori (10), in un caso dal Sindaco e negli altri da altre figure; 5 maschi e 9 femmine e un non dichiarato; 2 nella fascia 18-34 anni; 7 in quella 35-50, 5 nella fascia 52-64 e 1 infine oltre i 65 anni.

Alla domanda: «È a conoscenza che nell'ottobre 2018 è stato stipulato un "Protocollo di intesa a livello nazionale tra Ordine Psicologi e ANCI per la promozione del benessere dei cittadini"?»:

- 10 comuni hanno risposto SI e 5 NO

Alla domanda: «È a conoscenza che nell'aprile 2019 è stato sottoscritto un accordo regionale tra Ordine Psicologi Umbria e ANCI Umbria per l'attuazione di detto Protocollo?»:

- 8 comuni hanno risposto SI e 7 NO

Alla domanda: «Conosce i contenuti e gli obiettivi di questi accordi?»:

- 4 comuni hanno risposto SI, 6 NO,  
5 Approssimativamente

Alla domanda, a risposta multipla: «A suo parere di cosa si occupa principalmente lo Psicologo?» queste sono state le diverse risposte:

- Promuovere il benessere psicologico 13
- Prevenire il disagio e i disturbi psichici 7

<sup>3</sup> Elaborazione dei dati a cura della dott.ssa Speranza Favaroni.

- Sviluppare le risorse personali 9
- Aiutare le persone a vivere meglio 7
- Fornire consulenza in vari campi 7
- Curare i disturbi psichici 3
- Curare le dipendenze 3
- Sostegno a scuola 10
- Sostegno nella malattia fisica 5
- Interventi nel sociale 9
- Sostegno nel mondo del lavoro 6
- Altro (specificare)\_\_\_\_\_ 0
- (Non sa / non risponde) 0

Alla domanda, a risposta multipla: «Secondo Lei quali sono i principali motivi che spingono a consultare la figura dello psicologo?» queste sono state le diverse risposte:

- Disturbi psichici e comportamentali 8
- Disturbi psicosomatici 4
- Difficoltà a relazionarsi con i figli/familiari 9
- Difficoltà a relazionarsi in casi di separazione coniugale 9
- Difficoltà a relazionarsi nella vita quotidiana 11
- Difficoltà a gestire situazioni di vita difficili 12
- Difficoltà socioeconomiche e/o lavorative 3
- Problemi legati ad una malattia fisica 5
- Difficoltà nell'elaborazione di lutti 7
- Problemi di adattamento o inserimento 10
- Sviluppo delle risorse personali 7
- Potenziare specifiche capacità 5
- Altro (specificare)\_\_\_\_\_ 0
- Non sa / non risponde 0

<sup>4</sup> Un comune (Guarda) non ha fornito alcuna risposta per questa domanda.

<sup>5</sup> Fondamentale (?) che ci siano in numero idoneo presso Usl per rispondere tempestivamente al bisogno (Tuoro sul Trasimeno).

<sup>6</sup> Due comuni (Guarda e Tuoro) hanno dato più di una risposta.

<sup>7</sup> Un comune (Assisi) non ha fornito alcuna risposta per questa domanda.

<sup>8</sup> Un comune ha risposto sia Molto che Abbastanza; qui abbiamo contato solo Molto.

Alla domanda, a risposta multipla: «Quanto ritiene utile che ci sia la figura dello psicologo nei seguenti contesti?» queste sono state le diverse risposte:

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla	(Senza opinione)
Scuola	13	2			
Ambulatorio Medico di famiglia <sup>3</sup>	5	9			
Associazioni sportive	3	6	5	1	
Aziende pubbliche	3	9	2		1
Aziende private	2	9	3		1
Comuni	8	6	1		
Ospedali	12	2	1		
Servizi Sociali	11	2	1		1 <sup>4</sup>

Alla domanda (una sola risposta): «Ritiene che lo psicologo per le sue competenze sia» queste sono state le diverse risposte:

- Una figura prevalentemente sanitaria 1
- Una figura prevalentemente sociale 1
- Un possibile ponte tra salute e welfare 15<sup>5</sup>

Alla domanda: «Quanto ritiene importante la presenza dello psicologo nei seguenti ambiti?» queste sono state le risposte:

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
prevenzione e pronto intervento sociale <sup>7</sup>	12	2		
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)	13	1	1	
interventi psicologici e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	6	7	2	
interventi psicologici volti a favorire la permanenza al domicilio (assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari)	3	10	2	
azioni e interventi di coprogettazione 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)	7 <sup>8</sup>	8		
interventi psicosociali e psicoeducativi presso Centri a carattere socio-sanitario, quali centri diurni semiresidenziali e socio-riabilitativi, laboratori protetti e centri occupazionali	9	6		
attività di consulenza, coprogettazione, 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	6	9		
interventi di accoglienza, assistenza, supporto psicologico e interventi sul disagio psicosociale della popolazione migrante con l'aiuto e il supporto di mediatori linguistico - culturali, con particolare riferimento ai minori stranieri non accompagnati e rifugiati	8	6	1	
interventi in favore di minori, di persone minacciate o vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica, maltrattamenti e stalking	15			
interventi in favore di minori e adulti nei percorsi processuali, di pena e riabilitazione	12	3		
interventi di informazione, formazione e consulenza nel sistema di istruzione e formazione professionale finalizzati alla salute, al benessere individuale e	8	7		

Alla domanda, a risposta multipla: «Quanto ritiene importante la presenza di competenze psicologiche nei seguenti settori dell'attività comunale?» queste sono state le diverse risposte:

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla	(Senza opinione)
Servizi Sociali	15				
Cultura	3	4	6	2	
Sport	1	9	5		
Urbanistica		4	8	3	
Servizi Educativi	11	4			
Scuola	12	3			
Personale e Risorse Umane	8	6	1		
Sviluppo Economico	2	2	9	2	
Turismo	3	3	6	3	

Alla domanda: «Nel suo comune gli psicologi sono presenti (come dipendenti) (come consulenti esterni) (altro, specificare ..... ) o non sono presenti» queste sono state le diverse risposte:

- Sono presenti come dipendenti 2
- Sono presenti come consulenti esterni 3
- Sono presenti “tramite i servizi sociali” 2
- Non sono presenti 9

Alla domanda: «Avete in programma di dotarvi di queste competenze?» queste sono state le diverse risposte:

- SI 5
- NO 8
- Non ha risposto 2

Alla domanda: «Siete interessati a promuovere iniziative per sviluppare il Protocollo Ordine-ANCI?» queste sono state le diverse risposte:

- SI 13
- Non ha risposto 2

Dati che appaiono interessanti per una prima riflessione e che a questo fine sono stati inseriti nella presente pubblicazione anche se molto limitati nel numero dei rispondenti.

Una versione più completa sarà resa disponibile nel corso del convegno “Lo Psicologo nel Sociale” di novembre 2019 e la ricerca completa pubblicata appena possibile.

## Conclusioni

Nonostante le competenze comunali intersechino quelle degli Psicologi in molti modi, ancora la presenza di questa figura nei servizi comunali è una sorta di “Primula Rossa”.

Certamente ci sono limiti di bilancio, ma vi è un ritardo storico nel concepire le possibilità di questa collaborazione. Appare quindi importante sviluppare gli obiettivi del Protocollo nazionale e dell'accordo regionale.

Come elemento di informazione e riflessione pubblichiamo l'estratto del documento nazionale “Lo Psicologo negli Enti Locali” approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine il 19 luglio 2019.

## LO PSICOLOGO NEGLI ENTI LOCALI

Estratto dal Documento “Lo Psicologo negli Enti Locali” approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine il 19 luglio 2019.

Redatto dal GdL CNOP “Impatto della Psicologia del territorio sulla spesa pubblica” e dalla Task Force CNOP “Protocollo d'intesa CNOP-ANCI”.

### 1. La Legge 328/2000: i livelli essenziali di assistenza in ambito sociale

La Legge 328/2000 ha profondamente riformato il settore dei Servizi sociali, proponendo un sistema integrato di interventi, in presenza di azioni multidisciplinari. Essa promuove soprattutto interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, la non discriminazione e i diritti di cittadinanza; previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezze economiche, difficoltà sociali e stress psicosociale. Obiettivo primario e fondamentale è la promozione del benessere “biopsicosociale”<sup>1</sup> attraverso azioni di inclusione sociale, l'affermazione dei principi della solidarietà sociale, della sussidiarietà e della partecipazione attiva dei cittadini. Il 2° comma della Legge definisce gli interventi “che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e Servizi”. Inoltre, il 4° comma dispone che le Leggi regionali debbano prevedere la presenza di alcune tipologie di Servizi in ogni ambito territoriale: Servizio sociale profes-

sionale e Segretariato sociale, Pronto intervento sociale, Assistenza domiciliare, Strutture residenziali e semiresidenziali, Centri di accoglienza. Allo Stato compete la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali o Liv.E.A.S. (Livelli Essenziale Assistenza Sociale) che acquistano un ruolo importante nella riforma del welfare italiano. Tutti i cittadini, infatti, che presentino uno stato di bisogno, devono ricevere la stessa prestazione, indipendentemente da dove vivono (Comune o Regione) e dal quadro complessivo delle loro condizioni. Alla tutela dei diritti delle cittadine e dei cittadini in stato di bisogno concorrono oggi molteplici normative nazionali e regionali cui si rimanda (cfr. la sezione del presente documento “Normativa di riferimento”).

Tale assetto legislativo ha trovato ulteriore e più ampia trattazione nella vasta e complessa riforma che in Italia, con la Legge costituzionale n° 3 del 2001, ha interessato il Titolo V della Costituzione, ovvero la riforma con cui, abbandonando la concezione sostanzialmente centralistica dell'amministrazione statale, si è passati ad un sistema in cui sono state fortemente potenziate le autonomie territoriali, ovvero le Regioni, le Province ed i Comuni. Il tutto attuando il principio di sussidiarietà recepito dalla sempre più presente normativa europea.

I **Livelli Essenziali delle Prestazioni (abbreviato in L.E.P.)** sono quelli che l'articolo 117, secondo comma, lettera “m” della Costituzione vuole che vengano garantiti su tutto il territorio nazionale. Il compito della loro definizione spetta esclusivamente allo Stato, ma la loro realizzazione compete

<sup>1</sup> Che intendiamo come un “processo dinamico e in continuo divenire”, risultando lo stato di salute dell'essere umano anche dal suo rapporto con l'ambiente, per cui ogni intervento di promozione della salute dovrebbe essere orientato a fronteggiare nel modo massimamente adattativo gli eventi della vita, anche quelli che inevitabilmente sono in grado di co-determinare stati di malessere, mai eliminabili del tutto dall'esistenza.

oltre che allo stesso Stato anche ai diversi Enti territoriali, ovvero alle Regioni, alle Province e agli Enti locali. La forte autonomia di cui godono ora le Regioni e gli altri Enti appena ricordati ha tuttavia spinto il Legislatore a prevedere una serie di strumenti volti a garantire non solo una sostanziale unità nazionale ma anche la presenza, su tutto il territorio, di Servizi capaci di rispondere alle esigenze fondamentali del cittadino, salvaguardando cioè i livelli essenziali delle prestazioni soprattutto nel settore dei diritti civili e sociali.

In tale contesto normativo, le competenze e gli interventi psicologici, come è stato possibile evincere da un'analisi degli interventi e Servizi individuati dal Nomenclatore del CISIS<sup>2</sup> (2013), sono assicurate nei Servizi sociali dal Sistema integrato previsto dalla Legge 328/2000. Tuttavia, essi non risultano ancora adeguatamente tracciati tra i Liv.E.A.S., mancando ancora una loro chiara individuazione da parte del governo centrale, parzialmente sanata dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza o L.E.A. (D.P.C.M. 12 gennaio 2017), lì dove intervengono nell'ambito dei Servizi integrati sociosanitari.

Non trascurabile è, infatti, l'apporto che la Psicologia sta dando da diverse decadi alla rete dei Servizi sociali del Paese in interventi di natura preventiva/promozionale, e quindi non contemplati dagli stessi Liv.E.A.S., come ad esempio nella sensibilizzazione della cittadinanza alle nuove emergenze sociali (dalle dipendenze patologiche da gioco alle separazioni conflittuali, fino alle violenze di genere).

La qualità dei Servizi, obiettivo posto alla base della stessa definizione dei LIV.E.A.S. da parte del Governo centrale, è sicuramente correlata ad una chiara definizione delle competenze applicate nel sistema dei Servizi; è quindi necessario apportare all'attuale assetto una migliore definizione dei

confini e delle funzioni che la Psicologia svolge in risposta ai bisogni del cittadino.

La possibilità che il Governo garantisca livelli minimi di qualità è al centro del dibattito in molti Paesi europei e l'apporto della categoria professionale delle/gli psicologhe/i italiane/i è auspicabile in questi ambiti. Soprattutto perché la Psicologia, in quanto professione sanitaria e in funzione del mandato sociale che proprio in riferimento all'integrazione sociosanitaria trova nuovo impulso con l'approvazione dei nuovi L.E.A., può farsi carico di individuare linee operative per una fattiva armonizzazione dei percorsi assistenziali.

## **2. La Psicologia nei Piani Sociali Regionali e i Piani di Zona**

Novità più rilevante dall'approvazione della L. 328/00, è stata l'introduzione, nel quadro programmatico dei Servizi sociali del Paese, dei Piani Sociali che hanno coinvolto i diversi livelli di programmazione regionale e territoriale. Essi rappresentano una importante innovazione per il sistema dei Servizi e delle politiche sociali, dopo le prime esperienze programmatiche e operative della Legge 285/1997.

I Piani sociali (per alcune Regioni "Piani sociosanitari") hanno, infatti, come obiettivo quello di garantire una costante sintonia tra Enti che condividono responsabilità a livello nazionale, e, quindi, in stretto collegamento con i Ministeri, a livello locale e territoriale, con i Comuni che erogano i Servizi sia in forma associata, organizzati in Ambiti Territoriali Sociali, sia attraverso i Distretti sociosanitari.

Ai sensi dell'art. 19 della L.328/00, sulla base delle indicazioni dei Piani nazionali e regionali, gli Enti Locali provvedono a definire il Piano Sociale di Zona (in seguito PdZ), adottato attraverso uno specifico Accordo di Programma approvato dai Comuni associati che afferiscono ad un "Ambito Territoriale Sociale" (in seguito anche ATS) o "Distretto socio-sanitario"<sup>3</sup>.

Attraverso il PdZ gli Ambiti Territoriali Sociali

1. analizzano le criticità e i bisogni del territorio;

<sup>2</sup> CISIS: Centro Interregionale per i Sistemi Informatici, Geografici e Statistici - Via Piemonte, 39 - 00187 Roma. PEC: cisis@pec.net. È un'associazione tra le Regioni e le Province autonome che si costituisce nel 1989 in qualità di organo tecnico della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome per le materie Sistemi Informatici, Geografici e Statistici. Svolge attività di supporto e di istruttoria tecnica per la Conferenza dei Presidenti, raccordo e

2. individuano obiettivi, strumenti e mezzi per l'erogazione dei Servizi e degli interventi sociali;
3. pianificano l'organizzazione degli stessi, le risorse e i requisiti strutturali e funzionali;
4. assicurano la rilevazione dei dati, anche attraverso forme di concertazione con i Distretti sanitari o con soggetti del Terzo settore;
5. indicano le strategie di sviluppo delle politiche sociali e socio-sanitarie;
6. garantiscono il coordinamento con gli organi statali periferici e la collaborazione fra i Servizi territoriali.

Alla costruzione del Piano di Zona – elaborato da un Ufficio di Piano<sup>4</sup> – partecipano, insieme ai Comuni afferenti all'ATS, anche l'Azienda Sanitaria attraverso il Distretto, gli operatori dei Servizi pubblici e privati, le cooperative sociali, associazioni, fondazioni, organizzazioni sindacali, enti ecclesiastici e di volontariato che operano sul territorio. Attraverso il PdZ, i Comuni associati, unitamente agli attori sopra menzionati, individuano gli interventi e le politiche dello stesso settore e programmano in modo integrato le politiche di un territorio.

Il PdZ sviluppa e approfondisce le indicazioni regionali in materia di programmazione sociale e le connette al livello locale. Particolare attenzione

<sup>3</sup> L'ATS o il Distretto socio-sanitario è solitamente coincidente con il Distretto sanitario delle Aziende Sanitarie regionali, ed è costituito a seguito della stipula di uno specifico Accordo di Programma tra i Comuni associati, che disciplina il funzionamento della Conferenza dei Sindaci o Comitato dei Sindaci o Assemblea Distrettuale dei Sindaci (a seconda della denominazione decisa nei vari territori), organo politico cui spettano funzioni di indirizzo e attuazione della programmazione zonale dei servizi sociali territoriali afferenti al PdZ.

<sup>4</sup> L'Ufficio di Piano è composto da risorse professionali con competenze tecniche e amministrative utili alla gestione del sistema di partecipazione, alla costruzione della base conoscitiva, alla progettazione e alla gestione dei processi di lavoro conseguenti l'approvazione del Piano sociale di zona. Esso connette le conoscenze dei diversi attori del territorio, ricomponendo le risorse che gli Enti Locali investono nei sistemi di welfare, favorendo l'azione integrata a livello territoriale; interloquisce con il Distretto sanitario per l'integrazione tra ambiti di intervento sociale e socio-sanitario; promuove l'integrazione tra diversi ambiti di policy; individua e mette a punto strumenti per consolidare e integrare la fase conoscitiva utile alla formulazione di diagnosi di fenomeni e di ipotesi di intervento sul territorio.

è dedicata alla collaborazione con il Distretto Sanitario e agli obiettivi di integrazione con l'Ambito Sociale con il quale si condividono esperienze progettuali e di policy.

Nel Piano di Zona, inoltre, si individuano:

1. obiettivi di integrazione socio-sanitaria, che possono prevedere la condivisione di risorse economiche, professionali e strumentali delle Amministrazioni Comunali e del Distretto Sanitario;
2. obiettivi del territorio e delle comunità, che hanno una valenza prevalentemente sociale;
3. obiettivi di gestione associata di funzioni, Servizi e interventi.

Nel suddetto documento sono rappresentati il sistema di offerta, la descrizione delle risorse impiegate – economiche e di personale – e i network attivi sul territorio; l'insieme di questi elementi consente di individuare, per ogni obiettivo, il corrispondente set di azioni.

Dall'analisi di molteplici Piani sociali di Zona o Piani socio-sanitari di diverse Regioni italiane (Campania, Molise, Abruzzo, Puglia, Toscana, Umbria, Lombardia, Piemonte, Veneto, Liguria), abbiamo verificato come i Documenti si configurino generalmente, in conformità a quanto previsto dalla L. 328/2000 come luogo privilegiato di “saperi” e competenze diffuse e di messa in comune di dati e informazioni raccolti dai diversi osservatori territoriali.

La programmazione territoriale degli Ambiti sociali o Distretti socio-sanitari rivolge in genere la propria azione alle aree di intervento di seguito elencate:

- a) persone minorenni; b) famiglia; c) persone con disabilità fisiche e/o psichiche; d) persone anziane (over 65) autosufficienti e/o non autosufficienti (soprattutto affette da patologie neurodegenerative in condizioni di necessità di assistenza continuativa in ambito domestico); e) persone immigrate; f) persone adulte in difficoltà; g) persone adulte e minorenni in condizioni di grave emarginazione; h) persone afferenti ai Servizi di Salute Mentale; i) utenze dei Servizi sanitari per le Dipendenze

patologiche (tossicodipendenze, dipendenze da alcool, dipendenze da gioco d'azzardo e nuove dipendenze in genere).

In tali ambiti di intervento, e in maniera solitamente trasversale, intervengono le competenze psicologiche risultando le finalità stesse e i principi generali della Legge 328/2000 in perfetta sintonia con i principi fondamentali dell'ordinamento della professione di psicologo (artt. 1, 3 e succ. della Legge 18 febbraio 1989 n. 56), che individua come suo dovere quello di «accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità».

La complessità del sistema dei Servizi rispetto alla quale la/o psicologa/o è chiamata/o ad intervenire implica la necessità di una formazione ulteriore e competenze specifiche<sup>5</sup> nei seguenti ambiti:

a. Psicologia di Comunità; b. Psicologia delle organizzazioni e del lavoro; c. Psicologia clinica; d. Psicologia sociale; e. Psicologia scolastica e dell'educazione; f. Psicologia della disabilità e metodologie di intervento in tale ambito; g. Psicologia forense-giuridica; h. Fondamenti di diritto minorile civile, penale e amministrativo; i. Fondamenti di diritto di famiglia, sociologia generale, della famiglia e della devianza minorile; j. Fondamenti di antropologia culturale e delle migrazioni; k. Fondamenti su progettazione e organizzazione dei Servizi sociali, delle agenzie territoriali pubbliche e del privato sociale; l. Metodologie e tecniche delle ricerche psicosociali;

<sup>5</sup> Lo psicologo degli Enti locali e del sistema integrato dei Servizi sociali è in possesso dei seguenti titoli e competenze: laurea magistrale in Psicologia (o laurea in Psicologia dei precedenti ordinamenti universitari); iscrizione all'Ordine degli Psicologi; specifico curriculum formativo post lauream in ambito psicologico, psicosociale, minorile, del terzo settore e degli interventi psicoemergenziali; competenze di lavoro ed esperienze in dispositivi tecnici psicologici multiprofessionali in ambito psicosociale, minorile, scolastico, terzo settore, volontariato e di comunità. Sono generalmente valorizzate la conoscenza di una lingua straniera (soprattutto nei contesti di accoglienza di persone immigrate) e le abilità informatiche (per quanto concerne attività a favore della persona anziana, disabile e minorenni).

m. Normative, conoscenze e metodi di intervento psicologico in ambito di adozione nazionale e internazionale; n. Normative comunitarie, nazionali, regionali e comunali e regolamenti in materia di interventi psicosociali, psico-emergenziali, sociosanitari, politiche migratorie e di contrasto delle nuove forme di povertà.

Le psicologhe e gli psicologi italiani possono intervenire nel sistema integrato dei Servizi sociali sin dalla fase conoscitiva e programmatoria degli interventi (possono operare, ad esempio, negli Uffici di Piano), con particolare riferimento alle problematiche relative all'istruzione, alla formazione, all'avviamento al lavoro e al reinserimento nelle attività lavorative, con un significativo apporto nella individuazione di possibili sinergie con altre aree di programmazione di risposte coordinate e coerenti ai cittadini utenti dei Servizi sociali e socio-sanitari.

L'intervento delle/gli psicologhe/i è inoltre previsto in ambiti di lavoro trasversale alle differenti aree tematiche sopra elencate, a partire dai fenomeni che attraversano i differenti target di utenza (minorenni, adulti e famiglie, ad esempio; o anche disabilità e non autosufficienza nella persona anziana). Si citano, a titolo esemplificativo: le condizioni di fragilità e di non autosufficienza, il sostegno alle relazioni familiari, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, la coesione sociale, le nuove e vecchie povertà.

Significativo è soprattutto l'apporto della Psicologia nella gestione dei bisogni emergenti delle famiglie con azioni di supporto e orientamento nel fronteggiare temi di stretta pertinenza delle discipline psicologiche che non rientrano tra i Servizi psicologici offerti esclusivamente e/o prevalentemente in ambito sanitario.

Nello specifico, le attività psicologiche si declinano in tre ambiti di intervento fondamentali previsti dall'art. 1 della Legge 328/2000:

1. Interventi preventivi e di promozione della salute rivolti alla cittadinanza (scuole, consigli di quartiere, comunità e altre realtà istituzionali e non), tesi a promuovere e sostenere la salute e

l'inclusione sociale, a garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza;

2. Interventi integrati di carattere sociosanitario, in piena sinergia con altri operatori socio-sanitari per curare e ridurre le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, disagio scolastico minorile (ad esempio bullismo, dispersione scolastica, disturbi dell'apprendimento e della comunicazione in età evolutiva);

3. Interventi formativi finalizzati alla promozione di competenze in ambito psicologico e sociale, educativo, scolastico, emergenziali, transculturali, trasversali alle diverse professionalità della cura, sociali ed educative.

L'orientamento riscontrato dalla lettura dei diversi Piani sociali di zona è per le psicologhe e gli psicologi quello di operare generalmente in una prospettiva multidisciplinare e multiprofessionale, intervenendo già dalle prime fasi del disagio sociale, scolastico, lavorativo e relazionale, accanto soprattutto ad assistenti sociali, pedagogisti, educatori, operatori socio-sanitari e riabilitatori, al fine di favorire il miglioramento delle condizioni di salute, di crescita e di benessere delle persone e delle comunità.

In particolare, le competenze psicologiche intervengono nel sistema integrato dei Servizi sociali mediante attività:

a. in contesti residenziali e semiresidenziali per le persone in tutte le situazioni di disagio e/o di fragilità psicosociale;

b. di contrasto del disagio derivante da condizioni di fragilità di ordine culturale, sociale, economico, relazionale e lavorativo;

c. di supporto alla persona, alla famiglia e rete sociale (Servizio per l'affidamento dei minorenni, Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minorenni, Servizio di mediazione familiare, interventi di sostegno alla genitorialità);

d. in Servizi psicologici ed educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo;

e. di promozione della permanenza al domicilio (Assistenza domiciliare socio-assistenziale ed educativa; Assistenza domiciliare integrata con Servizi sanitari);

f. di coprogettazione 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);

g. in interventi psicosociali e psicoeducativi presso Centri a carattere sociosanitario, quali Centri diurni semiresidenziali e socio-riabilitativi, laboratori protetti e Centri occupazionali;

h. in contesti di accoglienza, assistenza, supporto psicologico alla popolazione migrante con l'aiuto e il supporto di mediatori linguistico-culturali, con particolare riferimento ai minorenni stranieri non accompagnati e rifugiati;

i. in favore di minorenni e/o di persone minacciate o vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica, maltrattamenti e stalking;

j. in favore delle persone e delle famiglie con persone affette da malattie croniche o con disabilità;

k. in favore delle persone e delle famiglie ad alto rischio di disgregazione, in situazione di perdita, trauma o lutto, nell'assistenza nei percorsi di affidamento e adozione;

l. in favore di minorenni e adulti nei percorsi processuali, di pena e riabilitazione: ad esempio, per quanto riguarda i minori (diritto penale minorile - D.P.R. 448/88), interventi in sinergia con Servizi sociali degli Uffici Minorili (USSM) della giustizia; per gli adulti, interventi in sinergia con i Servizi sociali di Esecuzione Penale Esterna o U.E.P.E.<sup>6</sup>;

m. di informazione, formazione e consulenza nel sistema di istruzione e formazione professionale finalizzati alla salute, al benessere individuale e collettivo, al successo formativo, all'integrazione, al contrasto del disagio giovanile, della dispersione

scolastica, del bullismo e dei comportamenti a rischio;

n. di prevenzione, diagnosi, valutazione e riabilitazione psicologica, in collaborazione con competenze multiprofessionali e in rete con i Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Consultori Familiari, Dipartimento della Salute Mentale e Dipartimento per le Dipendenze patologiche e Servizi della riabilitazione;

o. di consulenza, coprogettazione, 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;

p. 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;

q. a supporto di iniziative individuali e associative in ambito culturale, sociale, dello sport, dell'arte e del tempo libero.

Il Centro Interregionale per i Sistemi Informativi, Geografici e Statistici (CISIS), in collaborazione con il Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali e con la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, ha aggiornato nel 2013 il "Nomenclatore degli interventi e Servizi sociali" che individua e definisce gli interventi e i Servizi sociali e psicologici in ambito sociale previsti dal Sistema integrato dei Servizi comunali, integrando e raccordando le classificazioni previste per gli stessi nelle diverse Regioni e Province autonome italiane.

Si riportano nella tabella di seguito gli ambiti di intervento individuati nel Nomenclatore entro i quali la Psicologia è massimamente rappresentata nei territori.

---

<sup>6</sup> Sono Uffici periferici (UGM-Uffici della Giurisdizione Minorile) del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità di cui al D.P.C.M. n. 84/2015 che in precedenza facevano capo al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia. Essi si occupano del "trattamento socio-educativo" delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà, svolgendo il compito di favorire il reinserimento sociale delle persone che hanno subito una condanna definitiva, nonché numerose altre funzioni previste dalla riforma dell'ordinamento penitenziario (art. 72, Legge n. 354/1975) e disciplinati dal Regolamento d'esecuzione. Gli UEPE sono distribuiti su tutto il territorio nazionale, uno per ciascun Ufficio di Sorveglianza.

**Tabella 1 - INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI – NOMENCLATORE CISIS 2013**

CATEGORIE	INTERVENTI E SERVIZI	DEFINIZIONI
<b>C1</b>	Pronto intervento sociale	Interventi attivati per offrire sostegno a specifici target, in particolare persone senza dimora e adulti in situazioni di emergenza sociale, anche attraverso unità mobili di strada che offrono Servizi di prima assistenza (distribuzione indumenti, pasti caldi, informazioni, accompagnamento a centri di accoglienza, ecc.).
<b>D3</b>	Servizio per l'affidamento dei minorenni	Attività di supporto per favorire l'accoglienza (a tempo pieno o parziale) di un minore in un nucleo familiare qualora la famiglia di origine sia momentaneamente impossibilitata a provvedervi in modo adeguato, anche in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria.
<b>D4</b>	Servizio per l'adozione nazionale e internazionale dei minorenni	Attività volta a proteggere e tutelare la crescita del minore in stato di abbandono attraverso l'accoglienza definitiva in un nuovo nucleo familiare.
<b>D5</b>	Servizio di mediazione familiare	Servizio di sostegno alla coppia in fase di separazione o già separata, con figli minori.
<b>D6</b>	Interventi di sostegno alla genitorialità	Interventi di sostegno alle funzioni genitoriali (anche attraverso colloqui, incontri, titoli sociali).
<b>F1</b>	Sostegno socio-educativo scolastico	Interventi mirati a favorire il processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche dei minori con problemi sociali (in particolare dei ragazzi disabili e dei minori stranieri).
<b>F2</b>	Sostegno socio-educativo territoriale	Interventi di sostegno destinati ai soggetti a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogati in strutture o in luoghi di aggregazione spontanea, per il raggiungimento della massima autonomia personale e sociale. Vi sono comprese persone con disagio mentale o senza dimora.
<b>F3</b>	Sostegno socio-educativo domiciliare	Interventi di sostegno destinati ai soggetti a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogati a domicilio per il raggiungimento della massima autonomia personale e sociale. Vi sono comprese persone con disagio mentale.
<b>F4</b>	Supporto all'inserimento lavorativo	Interventi mirati a incentivare l'inserimento e il reinserimento lavorativo di soggetti disabili o a rischio di emarginazione comprese persone con disagio mentale o senza dimora.
<b>G1</b>	Assistenza domiciliare socio assistenziale	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio.
<b>IB4</b>	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	Interventi economici a sostegno di percorsi di transizione al lavoro o di Servizi all'inserimento lavorativo. In questa categoria rientrano borse lavoro, tutoraggio e altre forme di sostegno.
<b>LA4</b>	Centri diurni di protezione sociale	Centro diurno socio-educativo per bambini e adolescenti e Centri diurni con funzione di protezione sociale: centri sociali di tipo aperto, che svolgono attività di sostegno, socializzazione e recupero per minori, persone con disabilità, anziani, tossicodipendenti o altre persone con disagio sociale (senza dimora, persone con disagio mentale).
<b>LC1</b>	Centri diurni semiresidenziali sociosanitari e socio-riabilitativi	Servizi complessi a ciclo diurno che forniscono interventi a carattere socio-sanitario e socio-riabilitativo e, in caso di bisogno, anche psicoterapeutico. Sono compresi: Servizi semiresidenziali per terapia riabilitativa delle dipendenze, Centri diurni per anziani non autosufficienti, Centri diurni per persone con disabilità e Centri diurni per malati psichiatrici.
<b>MA5</b>	Strutture di pronta accoglienza minorenni	Strutture residenziali per minorenni in situazioni di emergenza che provvedono alla tempestiva e temporanea accoglienza di essi quando si trovano in situazione di abbandono o di urgente bisogno di allontanamento dall'ambiente familiare

# LO STRESS E LA SUA GESTIONE IN UMBRIA.

## Risultati di una ricerca condotta dall'Osservatorio sulla Salute Psicologica dell'OPU

**Franco Del Corno**

ARP - Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica

**Livia Buratta**

Università degli Studi di Perugia

**Claudia Mazzeschi**

Università degli Studi di Perugia

### Introduzione

In passato il concetto di salute era basato su una concezione in negativo per la quale una persona era sana nella misura in cui “non aveva malattie”: la presenza o assenza di malattia era il fattore di definizione della salute. Nel XX secolo la salute è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1946 come “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”, e viene considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone. Nel 1998, l'OMS ha proposto la modifica della definizione originaria del concetto di salute nei seguenti termini: «La salute è uno stato dinamico di benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia». Questa concezione amplia inoltre l'area della salute alla salute psicologica nonché alla sua componente sociale.

Si tratta di un'importante e significativa innovazione non solo culturale, ma anche strategica, volta alla reale applicazione di una concezione multidimensionale della salute in linea con il modello bio-psico-sociale (Engel, 1977), il cui assunto fondamentale è che «ogni condizione di salute e malattia è la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali». L'attualità e pregnanza del modello bio-psico-sociale richiede sempre più l'estensione del campo d'azione delle

scienze psicologiche allo studio del benessere<sup>1</sup> psicologico e delle sue determinanti, enfatizzando l'importanza e la necessità di monitoraggio del più ampio stato di salute della popolazione.

Su questa linea nel 2015 l'Ordine degli Psicologi dell'Umbria ha istituito “L'Osservatorio sui Bisogni e la Salute Psicologica” (Delibera OPU N. 42 del 29.04.2015) con l'obiettivo di indagare alcune caratteristiche della popolazione umbra in materia di benessere e bisogni psicologici, così da fornire elementi utili per approfondire l'analisi dei fattori di rischio e (anche) per la progettazione di azioni per la protezione/promozione della salute.

<sup>5</sup> 1 Il benessere psicologico può essere inteso come un funzionamento psicologico ottimale e salute mentale positiva (Ryff, 1989). Alcuni autori di area clinica e umanistica hanno teorizzato la natura dell'esperienza di benessere psicologico, proponendo alcuni criteri di salute mentale positiva legata anche al modo con il quale si affronta la vita: avere un'opinione di sé positiva, apertura mentale, creatività, capacità di amare, percezioni di sé realistiche, che si accompagnano alla capacità di attribuire un significato alla vita, proporsi degli scopi, possedere autonomia e tendere verso forme di auto-realizzazione (Zani, Cicognani, 2000; Lazzari, 2016; cfr. il concetto di “significato e direzionalità” del Manuale Diagnostico Psicodinamico-2 a cura di Lingiardi e McWilliams, 2017). Sono diversi i fattori che possono influenzare sia in modo positivo che in modo negativo il benessere psicologico. Lo stress è uno di questi e può essere definito come lo stato di tensione causato da agenti che vanno a modificare negativamente l'omeostasi dell'individuo. Questo stato di tensione può essere di natura sia fisica che psicologica, oppure può riguardare entrambi i livelli.

A tale scopo nel 2016/2017 è stata condotta una prima ricerca volta a conoscere alcune caratteristiche della popolazione umbra in materia di salute, benessere e bisogni psicologici.

### La Ricerca

• La ricerca è stata condotta su tutto il territorio della regione Umbria attraverso la somministrazione di due questionari di tipo self-report:

- il **General Health Questionnaire – 12** (GHQ-12, Goldberg, 1972), composto da 12 item che indagano – utilizzando una scala Likert da 0 (no) a 3 (molto più del solito) – la presenza di ansia, di depressione, di deterioramento del normale funzionamento e di sintomi somatici legati allo stress. Il punteggio totale (somma del punteggio ai singoli item) può andare da 0 a 36: punteggi più elevati indicano la presenza di maggiore distress psicologico. In particolare sono stati individuati tre cut-off: punteggi da 0 a 14 indicano distress psicologico assente o molto basso, punteggi da 15 a 19 indicano la presenza di distress psicologico medio e punteggi da 20 a 36 indicano la presenza di distress psicologico medio-elevato.

- la **Bilancia dello Stress** (Lazzari, 2009), un test composto da sette domande alle quali gli intervistati devono rispondere facendo riferimento agli ultimi 12 mesi e valutando la presenza di alcune dimensioni correlate allo stress, da 1 per nulla a 10 moltissimo. In particolare lo strumento misura (a) i livelli di stress e (b) l'impatto dello stesso sulla salute nonché quattro dimensioni che “pesano” nell'attivazione dello stress quando non risultano essere in equilibrio tra loro:

- le richieste interne: le domande che arrivano da se stessi, più o meno consapevolmente, ossia i bisogni e le aspettative;
- le richieste esterne: le domande, di qualsiasi tipo, che arrivano dal contesto: relazioni, famiglia, studio, lavoro, le incombenze della vita quotidiana;

- le risorse esterne: l'aiuto che si può avere dall'esterno, il sostegno delle altre persone o del contesto (società, organizzazioni, tecnologie...);

- le risorse interne: la capacità che la persona pensa di avere, la forza e l'energia che sente in se stessa.

Maggiore sarà lo sbilanciamento tra queste dimensioni (Richieste Interne/Risorse Interne; Richieste Esterne/Risorse Esterne), maggiori saranno le probabilità di un'eccessiva attivazione dello stress.

La settima e ultima domanda chiede di indicare se, per ridurre i livelli di stress, gli intervistati hanno preso, sempre negli ultimi 12 mesi, misure specifiche (indicandone la natura, in caso di risposta affermativa).

### Analisi dei dati

Sono state condotte statistiche descrittive in termini di medie (Ds) e frequenze (%) per la descrizione delle caratteristiche demografiche del campione e per la descrizione dei punteggi riportati ai questionari analizzati. Per evidenziare le differenze nei punteggi di distress psicologico (GHQ-12) tra genere (maschi/femmine), fasce di età, stato civile, titolo di studio e occupazione sono state condotte delle Analisi della Varianza (ANOVA). Per analizzare i legami tra il distress psicologico, il livello di stress e l'impatto di quest'ultimo sulla vita delle persone, sono state utilizzate le Correlazioni di Pearson. Le analisi dei dati sono state effettuate utilizzando il pacchetto statistico Statistical Package for Social Sciences versione 18 (SPSS 18).

### Il campione della ricerca

Per garantire la maggiore coerenza del campione della ricerca con la popolazione oggetto d'indagine al momento della raccolta dei dati (anno 2017), il reclutamento non si è basato su criteri di convenienza, bensì sulla stratificazione per genere, età, provenienza geografica (intra-regionale) fornita dagli indicatori ISTAT. Gli unici

criteri d'inclusione sono stati: età > di 18 anni ed essere residenti in Umbria.

Il campione, composto da 1175 soggetti (48,2% maschi; 51,8% femmine), di età compresa tra i 18 e > di 75 anni, è stato reclutato in zone urbane e rurali di entrambe le province (Perugia e Terni) del territorio regionale attraverso la somministrazione, da parte di psicologi dell'OPU e degli studenti tirocinanti del Corso di Laurea in Psicologia dell'Università degli Studi di Perugia, di un booklet comprendente una scheda per la raccolta dei dati socio-demografici e i due questionari sopra descritti (GHQ-12 e Bilancia dello Stress).

In tabella 1 sono riportati in dettaglio i dati relativi alla descrizione delle caratteristiche demografiche del campione nel suo complesso (in termini di frequenze e percentuali): si evidenzia una equilibrata composizione per genere e una distribuzione simile per fascia di età. In percentuale più elevata i soggetti risultano coniugati, con un titolo di studio medio superiore e un'occupazione impiegatizia. Il campione presenta tuttavia una bassa percentuale di disoccupati<sup>2</sup>.

**Tabella 1 - Descrizione del campione**

	N	%
<b>Genere</b>		
Maschi	566	48.2
Femmine	609	51.8
<b>Fasce di età</b>		
18-34	300	25.5
35-44	272	23.1
45-54	234	19.9
55-74	240	20.4
? 75	129	11
<b>Stato civile</b>		
Celibe	380	32.4
Coniugato	617	52.5
Separato	119	10.1
Vedovo	59	5
<b>Titolo di studio</b>		
Media inferiore	253	21.5
Diploma	534	45.5
Laurea e Post Laurea	388	33
<b>Occupazione</b>		
Casalinghe	82	7
Studenti	122	10.4
Disoccupati	72	6.1
Operai	112	9.5
Impiegati	381	32.4
Professionisti/Imprenditori	211	18
Pensionati	195	16.6

<sup>2</sup> N.B.: Il campione presenta inoltre una percentuale inferiore di pensionati rispetto ai dati ISTAT presi come riferimento.

## Risultati

### *Distress psicologico percepito dal campione totale*

Il campione nel suo complesso riporta un punteggio medio al GHQ-12 di 11.26 (Ds 5.91; Min 0 – Max 35), che rientra all'interno del range che indica assenza di distress psicologico. L'ANOVA ha evidenziato una tendenza alla significatività per quanto riguarda la differenza nella percezione del distress tra maschi e femmine (F 3.36; p = .06), a indicare che le femmine sembrano percepire un livello di distress tendenzialmente maggiore rispetto ai maschi. Nessuna differenza significativa è stata rilevata per le diverse fasce di età, per lo stato civile, per il titolo di studio né per le occupazioni.

In tabella 2 è riportata la distribuzione del campione tra i tre range di riferimento del GHQ.

**Tabella 2 - Distribuzione del campione tra distress assente, medio ed elevato**

	N	%
0-14	869	74.2
15-19	186	15.9
20-36	120	9.9

I dati riportati consentono di rilevare nella popolazione umbra una condizione generale di benessere percepito.

Al fine di poter meglio identificare le caratteristiche dei soggetti con maggiori e minori livelli di distress psicologico, si è proceduto a suddividere il campione complessivo in quartili sulla base del GHQ-12 selezionando i soggetti che riportavano punteggi totali al GHQ-12 sotto il 1° quartile (GHQ-12 <25%; Gruppo a basso distress) e sopra il 3° quartile (GHQ-12 > 75%; Gruppo ad alto distress). Appartengono al primo gruppo 373 soggetti (GHQ-12: Me 5.57, Ds 1.58) e al secondo gruppo 302 soggetti (GHQ-12: Me 19.46, Ds 4.21).

### **Caratteristiche dei gruppi a basso e ad alto distress psicologico**

Come mostrato in tabella 3, e mettendo a confronto i due gruppi, si può notare una più alta percentuale di maschi nel gruppo a basso di stress psico-

logico (<25%) rispetto al gruppo con una percezione di maggiore distress (>75%). Non si notano particolari differenze nella distribuzione nelle diverse fasce di età mentre, riguardo allo stato civile nel gruppo a maggiore distress psicologico, risulta una maggiore percentuale di celibi, separati e vedovi. Nel gruppo a basso distress sembra esservi una maggiore percentuale di persone coniugate. Inoltre, nel gruppo ad alto distress sembrano maggiori le percentuali di studenti, di persone in cerca di lavoro e di persone con lavori di responsabilità.

**Tabella 3 - Descrizione dei gruppi di popolazione con GHQ <25% e >75%**

	GHQ-12 <25%		GHQ-12 >75%	
	N	%	N	%
<b>Genere</b>				
Maschi	188	50.3	138	45.5
Femmine	185	49.7	164	54.5
<b>Fasce di età</b>				
18-34	92	24.7	76	25.2
35-44	82	22.0	76	25.2
45-54	73	19.6	58	19.2
55-74	78	20.9	61	20.2
? 75	48	12.9	31	10.3
<b>Stato civile</b>				
Celibe	108	29.3	107	35.5
Coniugato	215	57.8	137	45.2
Separato	36	9.7	38	12.6
Vedovo	12	3.2	20	6.6
<b>Titolo di studio</b>				
Media inferiore	87	23.4	60	19.9
Diploma	167	44.9	140	46.4
Laurea e Post Laurea	119	31.7	102	33.8
<b>Occupazione</b>				
Casalinghe	25	6.7	21	6.9
Studenti	36	9.7	37	12.3
Disoccupati	18	4.8	23	7.6
Operai	41	11	25	8.3
Impiegati	124	33.2	90	29.8
Professionisti/Imprenditori	58	15.5	56	18.5
Pensionati	71	19.1	50	16.6

### La Bilancia dello Stress

In un terzo step, nel solo gruppo della popolazione che aveva riferito minore benessere (alto distress) si è analizzata un'eventuale correlazione tra i livelli di distress psicologico rilevati dal GHQ-12 e i livelli di distress riferiti al secondo questionario. Successivamente, sono stati analizzati i punteggi medi riportati alle dimensioni legate allo stress valutate dallo strumento La Bilancia dello Stress: con particolare riferimento all'eventuale presenza di

uno “sbilanciamento” tra i bisogni e le possibilità (interne-esterne) per fronteggiarli.

Le correlazioni di Pearson evidenziano una correlazione positiva (anche se bassa) tra i livelli di distress misurati con il GHQ-12 e i livelli di stress misurati con La Bilancia dello Stress ( $r = .271$ ,  $p = .001$ ) e con l'impatto dello stress sulla salute ( $r = .224$ ,  $p < .001$ ).

Come mostrano i risultati della tabella 4, il campione riporta moderati livelli di stress che sembrano avere una moderata ricaduta negativa sulla vita.

Seguendo le indicazioni date dall'autore del questionario, sembra che in media la popolazione percepisca la presenza di moderate richieste – sia interne che esterne – e in maniera bilanciata una moderata difficoltà di fronteggiare queste richieste appoggiandosi alle risorse a disposizione, sia in termini di aiuti esterni sia in termini di risorse personali/interne. Questo equilibrio tra Richieste e Risorse indica che il campione della popolazione umbra sembra canalizzare in maniera abbastanza costruttiva lo stress così da evitare un eccessivo impatto sulla quotidianità. Possiamo ipotizzare che questo risultato sia dovuto anche al fatto che il 45% delle persone che riportano livelli maggiori di distress – e quindi minori livelli di benessere – negli ultimi 12 mesi si sono attivati per prendere differenti misure per cercare di ridurre il distress, in particolare richiedendo aiuto ad esperti, utilizzando tecniche antistress, facendo attività sociali e ricreative, facendo attività fisica e, infine, in minima parte, assumendo farmaci o prodotti naturali.

**Tabella 4 - Descrittive dello strumento La Bilancia dello Stress**

	Me	Ds
Livelli di Stress	7.23	2.12
Impatto dello Stress	6.95	2.21
<hr/>		
Richieste Interne	7.65	1.71
Richieste Esterne	7.09	2.08
<hr/>		
Risorse Interne	6.69	1.91
Risorse Esterne	6.53	2.25
<hr/>		
	SI	NO
Misura per ridurre lo stress dalla propria vita	45%	55%

## Conclusioni

Questa ricerca costituisce la prima indagine condotta a livello regionale sulla condizione di distress psicologico e sulle misure adottate per una sua gestione ottimale. I dati raccolti evidenziano che, nel complesso, il campione della popolazione umbra indagato presenta un moderato livello di distress e un discreto livello di salute (psicologica).

La suddivisione del campione nei due gruppi ad alto e basso distress psicologico ha permesso di evidenziare che i soggetti con maggiori livelli di distress hanno attivato delle misure per affrontare quest'ultimo e bilanciare la pressione percepita. Sembra di particolare interesse il fatto che, tra le misure adottate, vi sia la richiesta di aiuto a professionisti della salute.

Questa indagine costituisce una prima rilevazione condotta nella regione Umbria su questo argomento. I risultati ottenuti suggeriscono l'utilità di successive ricerche volte ad approfondire alcuni set di informazioni raccolti fin qui e che appaiono meritevoli di attenzione: ad esempio, le caratteristiche delle fasce di popolazione ad alto distress psicologico, ma anche le differenti percentuali delle risorse utilizzate per ridurre la condizione di disagio.

I questionari utilizzati si sono dimostrati efficaci nella raccolta dei dati, in ragione delle loro caratteristiche di agevole somministrabilità e interpretazione dei risultati.

Pensiamo sia auspicabile che l'impianto di questa ricerca possa essere replicato anche in altri contesti, allo scopo di rilevare i bisogni psicologici della popolazione di altre regioni.

## Bibliografia

Engel G.L. (1977), The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science*, 196 (4286), pp. 129-136.

Goldberg D.P. (1972), *The detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*, Maudsley Monographs n. 21, Oxford University Press, London.

Lazzari D. (2009), *La Bilancia dello Stress*, Liguori, Napoli.

Lazzari D. (2016), *Bilancia il tuo Stress. Una guida efficace per gestire al meglio le tue energie e ritrovare l'equilibrio*, Demetra, Giunti Editore, Milano.

Lingiardi V., McWilliams N. (2017), *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, seconda edizione, Raffaello Cortina, Milano.

SPSS Inc. (2009), *PASW Statistics for Windows*, SPSS Inc. Released Version 18.0, Chicago.

World Health Organization - WHO (1948), *Constitution of the World Health Organization*, [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

World Health Organization – WHO, Regional office for Europe Copenhagen (ed) (1987), *Air Quality Guidelines for Europe*, WHO regional publications, European series, n. 23.









# la mente che cura

## Organigramma Ordine

### **Presidente**

David Lazzari

### **Vicepresidente**

Chiara Cottini

### **Segretario**

Marina Brinchi

### **Tesoriere**

Paola Angelucci

### **Consiglieri**

Elena Arestia

Silvia Baldelli

Simone Casucci

Silvia Leonardelli

Michele Margheriti

Antonella Micheletti

Mariano Pizzo

### **Consulta dei giovani psicologi**

Roberto Ausilio

Valentina Bellini

Michele Bianchi

Federica Bicchielli

Beatrice Billeri

Silvia Bonci

Chiara Brunetti

Pietro Bussotti

Lucia Cecci

Valeria Di Loreto

Daniele Diotallevi

Mara Eleuteri

Marta Franci

Michela Francioli

Lucia Gambacorta

Maria Lo Bianco

Anna Maria Manili

Sara Meloni

Silvia Menichini

Ilaria Milletti

Cecilia Monacelli

Martina Pigliautile

Andrea Settimi

### **Commissioni**

*Deontologia e sviluppo della Colleganza*

Coordinatore Mariano Pizzo

*Tutela della Professione, Pubblicità,  
Patrocini e accertamenti linguistici*

Coordinatrice Chiara Cottini

*Promozione della Professione*

Coordinatrice Elena Arestia

*Comunicazione*

Coordinatore Michele Margheriti

### **Gruppi di lavoro attivi**

*Sanità*

Coordinatrice Antonella Micheletti

*Lavoro ed organizzazioni*

Coordinatore Simone Casucci

*Psicologia dell'Emergenza*

Coordinatore Mariano Pizzo

*Psicologia Giuridica*

Coordinatore David Lazzari

*Psicologia Scolastica*

Coordinatrice Elena Arestia

*Promozione della Salute e benessere*

Coordinatrice Chiara Cottini

*Professionalità ed ambiti di intervento del  
Neuropsicologo in Umbria*

Coordinatore Michele Margheriti

# ΓΝΩΘΙΣΑΥΤΟΝ

## IMPEGNO SOLENNE DELLO PSICOLOGO

MI IMPEGNO AL RISPETTO DEL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI ITALIANI ED IN PARTICOLARE CONSIDERO MIO DOVERE ACCRESCERE LE CONOSCENZE SUL COMPORTAMENTO UMANO ED UTILIZZARLE PER PROMUOVERE IL BENESSERE PSICOLOGICO DELL'INDIVIDUO, DEL GRUPPO E DELLA COMUNITÀ.

IN OGNI AMBITO PROFESSIONALE OPERERÒ PER MIGLIORARE LA CAPACITÀ DELLE PERSONE DI COMPRENDERE SE STESSI E GLI ALTRI E DI COMPORTARSI IN MANIERA CONSAPEVOLE, CONGRUA ED EFFICACE.

SONO CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ SOCIALE DERIVANTE DAL FATTO CHE, NELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE, POTRÒ INTERVENIRE SIGNIFICATIVAMENTE NELLA VITA DEGLI ALTRI, PERTANTO PRESTERÒ PARTICOLARE ATTENZIONE AL FINE DI EVITARE L'USO NON APPROPRIATO DELLA MIA INFLUENZA.

NELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE RISPETTERÒ LA DIGNITÀ, IL DIRITTO ALLA RISERVATEZZA, ALL'AUTODETERMINAZIONE ED ALL'AUTONOMIA DI COLORO CHE SI AVVALGONO DELLE MIE PRESTAZIONI; NE RISPETTERÒ OPINIONI E CREDENZE, ASTENENDOMI DALL'IMPORRE IL MIO SISTEMA DI VALORI; NON OPERERÒ DISCRIMINAZIONI IN BASE A RELIGIONE, ETNIA, NAZIONALITÀ, ESTRAZIONE SOCIALE, STATO SOCIO-ECONOMICO, SESSO DI APPARTENENZA, ORIENTAMENTO SESSUALE, DISABILITÀ.

MI IMPEGNO A MANTENERE UN LIVELLO ADEGUATO DI PREPARAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE, CON PARTICOLARE RIGUARDO AI SETTORI NEI QUALI OPERERÒ;

A SALVAGUARDARE LA MIA AUTONOMIA PROFESSIONALE; A TUTELARE LA PROFESSIONE, ANCHE DA SITUAZIONI DI ESERCIZIO ABUSIVO; AD UNIFORMARE LA MIA CONDOTTA PROFESSIONALE AI PRINCIPI DEL DECORO E DELLA DIGNITÀ; A TENERE CON I COLLEGHI RAPPORTI ISPIRATI AL PRINCIPIO DEL RISPETTO RECIPROCO, DELLA LEALTÀ E DELLA COLLEGANZA.

