



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Servizio Sanità, lavoro e politiche sociali
Codice sito 4.10/2022/112/CU

Al Ministero della salute

- Gabinetto

gab@postacert.sanita.it

- Direzione generale delle professioni sanitarie
e delle risorse umane del SSN

dgrups@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto

ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

- Ufficio Legislativo

legislativo.economia@pec.mef.gov.it

legislativo.finanze@pec.mef.gov.it

- Dipartimento della Ragioneria Generale dello
Stato - Coordinamento delle attività
dell'Ufficio del Ragioniere generale dello
Stato

**rgs.ragionieregenerale.coordinamento@p
ec.mef.gov.it**

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome

c/o CINSEDO

conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna

Coordinatore Commissione salute

sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

All'Assessore della Regione Piemonte

Coordinatore Vicario Commissione salute

commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

All'Assessore della Regione Lombardia

Vice-Coordinatore Commissione salute

welfare@pec.regione.lombardia.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province
autonome di Trento e Bolzano

(CSR PEC LISTA 3)



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Al Presidente dell'ANCI
mariagrazia.fusiello@pec.anci.it

Al Presidente dell'UPI
upi@messaggipec.it

All'Ufficio di Segreteria della Conferenza Stato-
città ed autonomie locali
(per interoperabilità)

Oggetto: Intesa, ai sensi dell'articolo 29 *ter*, comma 2, del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sulle "Linee di indirizzo per la funzione della Psicologia del SSN".

Si trasmette, in allegato, la documentazione relativa al provvedimento indicato in oggetto, inviata dal Ministero della salute in data 11 ottobre 2022, ai fini della prevista intesa in sede di Conferenza Unificata.

Al riguardo, si comunica che è convocata una riunione tecnica, in modalità videoconferenza, per il giorno 3 novembre 2022, alle ore 11.00, alla quale si chiede anche la partecipazione di rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze.

Pertanto, si invita a far pervenire, entro le ore 17.00 del 2 novembre p.v., agli indirizzi mail: **I.ducci@palazzochigi.it** e **m.massacesi@palazzochigi.it** i nominativi dei rappresentanti che parteciperanno all'incontro ed i relativi indirizzi di posta elettronica, al fine della comunicazione del link per la partecipazione alla riunione, che sarà aperta dalle ore 10.30, con la raccomandazione di inserire espressamente il proprio nome al fine del riconoscimento.

La suddetta documentazione sarà resa disponibile sul sito **www.unificata.it** con il codice sito: 4.10/2022/112.

Il Capo del Dipartimento
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Firmato digitalmente da SINISCALCHI
ERMENEGILDA
E-IT
0 = PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI



Ministero della Salute

Ufficio di Gabinetto

Ministero della Salute

GAB

0016596-P-11/10/2022

I.4.c.b/2022/38



538011153

Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
Segreteria della Conferenza permanente per
i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le
Province autonome di Trento e Bolzano

e, p.c.

Alla Direzione generale delle professioni
sanitarie e delle risorse umane del SSN

OGGETTO: Schema di intesa in Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 29-ter, comma 2, del d.l. 14 agosto 2020, n. 104, sulle "Linee di indirizzo per la funzione della Psicologia del SSN".

Si trasmette, per l'inserimento all'ordine del giorno della prima seduta utile della Conferenza Unificata, lo schema di intesa indicato in oggetto, ai sensi dell'articolo 29-ter, comma 2, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, unitamente al documento "Linee di indirizzo per la funzione della Psicologia del SSN".

L'occasione è gradita per inviare cordiali saluti.

IL CAPO DI GABINETTO

Tiziana Coccoluto

Intesa, sulle “Linee di indirizzo per la funzione della Psicologia nel SSN”. ai sensi dell’art.29-ter, comma 2, del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126 tra Governo, Regioni, Province autonome di Trento e di Bolzano ed Enti locali

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella seduta del

VISTO l’art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

VISTO l’art. 29-ter, comma 2, del decreto-legge 14 agosto 2020 n. 104 convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126; che prevede che: *“Al fine di efficientare i servizi di salute mentale operanti nelle comunità locali e di garantire il benessere psicologico individuale e collettivo in considerazione della crisi psico-sociale determinata dall’eccezionale situazione causata dall’epidemia da SARS-COV-2, il Ministero della salute, d’intesa con la Conferenza unificata di cui all’articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, emana le linee d’indirizzo finalizzate all’adozione, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, di un protocollo uniforme sull’intero territorio nazionale che definisca le buone pratiche di salute mentale di comunità e per la tutela delle fragilità psico-sociali (...);”*

VISTO l’art. 20-bis, comma 1, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176; che prevede che *“Al fine di garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo nell’eccezionale situazione causata dall’epidemia da COVID-19 e di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini e agli operatori sanitari, di ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali degli psicologi dipendenti e convenzionati nonché di garantire le attività previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) ai fini dell’applicazione della direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 13 giugno 2006, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006, le aziende sanitarie e gli altri enti del Servizio sanitario nazionale possono organizzare l’attività degli psicologi in un’unica funzione aziendale”;*

VISTA la legge 18 febbraio 1989, n. 56, recante: *“Ordinamento della professione di psicologo”* e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la legge 11 gennaio 2018, n. 3 recante: *“Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”;*

TENUTO CONTO che, al fine di dare attuazione alle suindicate disposizioni, presso il Ministero della salute è stato costituito con Decreto direttoriale del 15 marzo 2022, successivamente integrato con Decreto direttoriale del 23 marzo 2022, il Tavolo di lavoro per la psicologia composto dai rappresentanti del Ministero della salute, delle Regioni, di Agenas, del Consiglio nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP), dell’Istituto superiore di sanità (ISS), della Associazione italiana di psicologia (AIP), della Associazione unitaria psicologi italiani (FormAupi), della Società italiana di psicologia dei servizi ospedalieri e territoriali (SIPSOT) e della Società italiana formazione permanente per la medicina specialistica (SIFOP), i cui lavori sono iniziati il 28 marzo 2022;

CONSIDERATO che il citato Tavolo di lavoro per la psicologia ha provveduto alla redazione del documento: *“Linee di indirizzo per la funzione della psicologia nel SSN”*, il cui testo è stato approvato all’unanimità dai componenti del tavolo medesimo in data 5 ottobre 2022;

VISTA la nota del... con la quale il Ministero della salute ha inviato a questa Conferenza il testo del su indicato documento *“Linee di indirizzo per la funzione della psicologia nel SSN”;*

ACQUISITO nel corso della seduta odierna l'assenso del Governo, delle Regioni, delle Province autonome di Trento e Bolzano e degli Enti locali sulla proposta di intesa in oggetto;

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa sul documento: "*Linee di indirizzo per la funzione della psicologia nel SSN*" di cui all'Allegato A parte integrante del presente atto.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E DELLE RISORSE UMANE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Linee di indirizzo per la funzione della Psicologia nel SSN

**Documento elaborato dal Tavolo di lavoro per la Psicologia
istituito presso il Ministero della Salute**



Componenti del Tavolo di lavoro per la Psicologia

Rossana Ugenti, Direttore Generale - Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN - Ministero della Salute;

Caterina Bianchi, Dirigente Medico – Specialista in Sanità Pubblica dell'Ufficio 6 della Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ministero della Salute;

Elena Bravi, Direttore dell'Integrazione Socio Sanitaria, APSS, Provincia Autonoma di Trento;

Filippo Cantone, Componente Comitato scientifico della Società Italiana di Formazione Permanente per la Medicina Specialistica (SIFOP);

Roberta Cappelluti, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria- Ministero della Salute;

Silvana Ceccamea, Funzionaria Ufficio 5 della Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN - Ministero della Salute;

Santo di Nuovo, Presidente dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP);

Maria Assunta Giannini, Direttore dell'Ufficio 6 della Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ministero della Salute;

Antonella Gigantesco, Ricercatrice presso Istituto superiore di sanità (ISS);

Francesco Gilardi, Dirigente sanitario Medico - Ufficio 5 della Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN - Ministero della Salute;

David Lazzari, Presidente del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP);

Lorena Martini, Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali;

Antonella Micheletti, Dirigente Psicologo USL 1 Umbria, Regione Umbria;

Francesco Saverio Proia, Consulente presso il CNOP;

Roberto Ravera, Direttore UOC Psicologia Imperia, Regione Liguria;

Cristina Rinaldi, Direttore Ufficio 5 della Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN - Ministero della Salute;

Guido Rocca, Vicepresidente della Società Italiana di Psicologia dei Servizi Ospedalieri e Territoriali (SIPSOT);

Giuseppe Salamina, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria;

Mario Sellini, Presidente Società Scientifica Form-AUPI



Indice

Premessa	3
Capitolo 1 Analisi della situazione esistente	6
1.1 Lo scenario attuale	7
1.2 L'organizzazione della Psicologia nel Servizio Sanitario Nazionale: principi e funzioni	9
1.3 Note sulle attività dei servizi di Psicologia nel periodo pandemico	11
1.4 Normativa di riferimento. Gli interventi psicologici nei LEA	12
1.5 Ambito organizzativo: Psicologia del Lavoro e della Organizzazione	19
1.6 La Psicologia nel Piano Nazionale Cronicità	19
1.7 Legge 38/2010 – Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore	22
1.8 Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025	24
1.9 Le altre normative	24
Capitolo 2. Per una Sanità delle Persone: missione e organizzazione della professione psicologica nel SSN in attuazione della normativa e del PNRR	28
2.1 Obiettivi del documento	29
2.2 La missione trasversale della Psicologia: dalla normativa alla attuazione	29
2.3 Modello di Funzione aziendale di Psicologia	32
2.4 I Servizi di Psicologia e l'esperienza pandemica	34
2.5 Età evolutiva e Clinica dell'infanzia	35
2.6 Età evolutiva e Clinica dell'Adolescenza	36
2.7 Coppia, famiglia, puerperio, gravidanza	38
2.8 Clinica del maltrattamento e abuso	39
2.9 Affidamento e adozione	40
2.10 Clinica dell'adulto	40
2.11 Clinica dell'invecchiamento	42
2.12 Psicologia nell'assistenza primaria	43
2.13. Disabilità e cronicità	46
2.14 Psicologia ospedaliera	47
2.15 Psicologia penitenziaria	51
2.16 Salute organizzativa	53
2.17 Emergenza e catastrofi	54
2.18 Standard	56
Capitolo 3. Percorsi e processi di intervento	60
3.1 Gli Standard Qualitativi delle Strutture di Psicologia: la Check-list	61
3.2 Indicatori e Sistema Informativo delle Strutture di Psicologia	64
3.3 Strumenti di misurazione dell'esito e del cambiamento	66
3.4 La Valutazione degli esiti	71
3.5 Strumenti per la diffusione delle buone prassi	73
3.6 Allegati	74
Bibliografia	84



Premessa

In attuazione dell'art.29 ter della legge 126/2020 il quale dispone che: *“Al fine di garantire il benessere psicologico individuale e collettivo in considerazione della crisi psico-sociale determinata dall'eccezionale situazione causata dall'epidemia da SARS-COV-2, il Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, emana le linee d'indirizzo finalizzate all'adozione, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, di un protocollo uniforme sull'intero territorio nazionale che definisca le buone pratiche per la tutela delle fragilità psico-sociali”* il Ministero della Salute ha dato corso all'attivazione di un Tavolo di lavoro per la psicologia.

La finalità di detto Tavolo ministeriale è stata quella di indicare le modalità strategiche per attuare, in una logica di appropriatezza e massima integrazione, gli obiettivi assegnati alla professione psicologica-psicoterapica nella normativa vigente e nell'impianto del PNRR per il SSN, mediante:

- 1) ottimizzazione organizzativa e massima integrazione delle competenze e attività psicologiche con le attività complessive del SSN in una logica di “sistema a rete”;
- 2) massimo apporto alla valorizzazione di un sistema incentrato sui bisogni reali della persona, su un approccio preventivo, proattivo, di promozione delle risorse, e sulla casa come primo luogo di cura, prossimità e continuità tra i diversi livelli del sistema (dalla casa, alla comunità all'ospedale);
- 3) valorizzazione del ruolo della psicologia per un approccio integrato (multidisciplinare e multiprofessionale) alla persona e come ponte tra gli aspetti sanitari e sociali, anche per generare risparmi e valorizzare la logica costi-benefici attraverso interventi più appropriati ed efficaci.

Si tratta di necessità complessive della popolazione come del singolo derivanti dalla oggettiva e facilmente constatabile situazione prodotta dalla pandemia di un aumento esponenziale delle forme di disagio psicologico e di disturbi nei soggetti colpiti dal COVID-19, nelle persone con pregresse patologie fisiche e psichiche sottotrattate nell'emergenza e nella popolazione generale.

Allo stato attuale si evidenzia, purtroppo, che sinora in Italia le attività psicologiche e psicoterapiche sono state trattate come un bene di lusso e non *essenziale (se vuoi lo psicologo o lo psicoterapeuta te lo devi pagare)*, impedendo l'attivazione di programmi di promozione/prevenzione (che solo nel pubblico sono gestibili) e una risposta pubblica alle esigenze di sostegno e psicoterapia: ne deriva che si è privato dell'aiuto psicologico proprio le fasce sociali più deboli e fragili, causando un generale aggravamento delle situazioni.

La pandemia ha mostrato chiaramente che ogni situazione di salute ha un importante risvolto psicologico: i dati desunti dalla letteratura scientifica italiana e internazionale rilevano che la maggior parte dei ricoverati nelle terapie intensive per COVID-19 ha problemi/sequelle psicologiche significative (anche di tipo cognitivo che richiedono riabilitazione neuropsicologica), ma che anche la maggior parte dei ricoverati, buona parte dei positivi in quarantena ed una percentuale importante della popolazione generale, soprattutto nelle fasce più giovani, ha avuto e ha problemi psicologici significativi. Anche il cosiddetto "long COVID-19" è caratterizzato da problemi di questo tipo, soprattutto nella componente cognitiva e dell'umore.



È noto che i Sistemi Sanitari si confrontano con problemi di efficacia e sostenibilità: come affrontare con appropriatezza e costi-benefici l'evoluzione dei bisogni; se, per rispondere a questa domanda vengono utilizzate le evidenze scientifiche per conoscere i principali fattori che influenzano la salute (determinanti) e i processi di cura, emerge l'importanza e la forza del ruolo causale della dimensione psicologica.

Parlare di "persona" vuol dire parlare di un organismo biologico e di una psiche soggettiva, di una medaglia con due facce: biologica e psicologica, specifiche ma interdipendenti.

La psiche individuale determina i pensieri, i vissuti, le emozioni, i comportamenti: in generale le modalità con cui la persona organizza la sua vita, i suoi equilibri e affronta, più o meno efficacemente, le diverse situazioni. La ricerca degli ultimi decenni – grazie alle più evolute tecniche di indagine – ha mostrato il ruolo della psiche nella lettura soggettiva della realtà, nell'attività genica, anche a livello transgenerazionale, nella regolazione fisiologica e nella modulazione strutturale cerebrale.

Questo fa della dimensione psichica il più potente predittore non solo della qualità della vita ma anche dello stile di vita, della salute complessiva della persona, e – di fronte a disturbi e malattie – delle modalità di fronteggiamento in acuto e della gestione nella cronicità.

Da questo si evince che la prevenzione e la promozione delle risorse deve avere come target e produrre cambiamenti nella dimensione psicologica soggettiva e collettiva; di fronte ai problemi di salute non può essere valutata solo la dimensione organica perché il funzionamento individuale è psicobiologico e la componente psicorelazionale ha un peso importante in tutti i processi di cura e riabilitazione, oltre ad essere un efficace canale per specifici interventi (sostegno, psicoterapia).

In conclusione: aiutare la psiche vuol dire aiutare la vita, sia prevenendo comportamenti a rischio, disturbi e malattie, sia rendendo più efficaci le cure e la gestione delle situazioni croniche.

L'indicatore globale del buon funzionamento della dimensione psichica è il "ben-essere psicologico", inteso non come stato d'animo transitorio ma come sintesi delle capacità psicologiche della persona (cognitive, affettive, relazionali, auto-regolatorie, adattive, auto-consapevolezza e auto-direzionalità).

In questo senso il concetto di "ben-essere" psicologico si affianca a quello di "ben-essere" biologico, inteso come buon funzionamento a livello biologico, aspetti specifici ma ampiamente interdipendenti che concorrono a definire lo stato di salute della persona come indica l'OMS.

Su questo si registra una diffusa consapevolezza nella popolazione, che già prima della pandemia vedeva nella dimensione psicologica il più importante determinante di salute (dati CENSIS 2018), e che con la pandemia ha ancora di più ampliato questa percezione, che è prima emotiva e poi cognitiva, divenendo quindi sociale e politica.

Gli aspetti psicologici rientrano in gran parte delle attività del SSN, come riconosciuto dalla normativa con particolare riferimento ai LEA e al PNC. La componente psicologica è presente nella prevenzione, nella promozione della salute, nella cura, nella riabilitazione, nell'assistenza alla cronicità, nelle attività di supporto al personale e all'organizzazione (gestione della comunicazione, relazioni, lavoro di gruppo, emozioni, stress, burnout, climi organizzativi, qualità, gestione di team, dei conflitti, rischio clinico, psicologia ambientale, ecc.).



Scopo di questo Tavolo ministeriale è stato quello di indicare e proporre attraverso l'elaborazione delle presenti Linee di Indirizzo le scelte programmatiche e strategiche nonché le tipologie organizzative per promuovere e assicurare questa missione trasversale della psicologia attraverso un coordinamento operativo-organizzativo a livello aziendale, che il Parlamento a dicembre 2020 con la legge 176 (art.20 bis) ha indicato come una unica "area funzionale" aziendale, con i seguenti compiti:

- garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo
- assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini e agli operatori sanitari,
- ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali degli psicologi dipendenti e convenzionati
- garantire le attività previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA).

Al predetto Tavolo ministeriale hanno partecipato i rappresentanti delle competenti Direzioni generali del Ministero della salute (DGPROF, DGPREV e DGPROGS), delle Regioni, di Agenas, del Consiglio nazionale Ordine degli Psicologi, dell'Istituto superiore di sanità, della Associazione italiana di psicologia (AIP), della Associazione unitaria psicologi italiani (FormAupi), della Società italiana di psicologia dei servizi ospedalieri e territoriali (SIPSOT) e della Società italiana formazione permanente per la medicina specialistica (SIFOP).



Capitolo 1

Analisi della situazione esistente

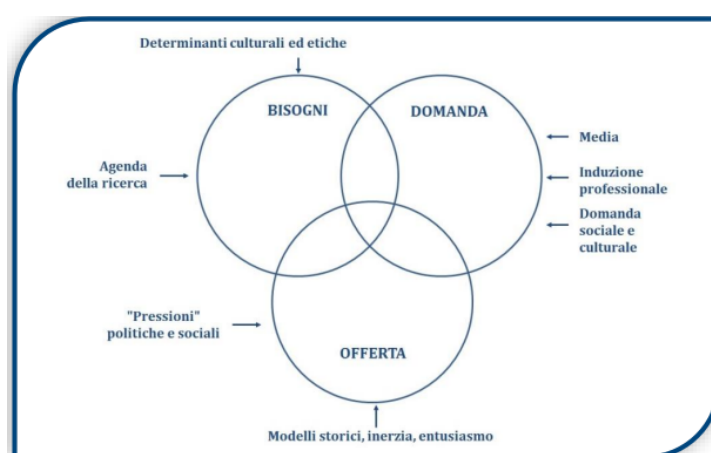
1.1 Lo scenario attuale

La declinazione dei LEA alla Psicologia nel SSN comporta la necessità di definire criteri adeguati a garantire, anche in questo ambito, la massima funzionalità e raggiungere l'obiettivo dell'uniformità e dell'omogeneizzazione delle prestazioni sul territorio nazionale.

È infatti ben nota la diseguale distribuzione delle strutture/servizi di Psicologia a livello nazionale/regionale, così come la grande eterogeneità esistente tra gli erogatori professionali, sia in termini di modelli organizzativi che delle attività.

Uno dei problemi che assilla il Servizio Sanitario è quello dello spreco dovuto al sovra e sotto-utilizzo di servizi e prestazioni, che rappresentano inoltre due dimensioni dell'inappropriatezza.

Figura 1. Relazione tra bisogni, domanda e offerta



Fonte: Fondazione Gimbe, 2017 – Tradotto da University of Birmingham. Health Care Needs Assessment (HCNA)

In un servizio sanitario l'offerta dei servizi e prestazioni dovrebbe essere allineata con i bisogni di salute delle persone, che dovrebbero a loro volta coincidere con le domande dei cittadini. L'influsso di diversi fattori tende nella realtà a far divergere questi aspetti (v. fig.1), comportando la necessità di una azione a vari livelli per il riequilibrio virtuoso (v. fig. 2).

Figura 2. Determinanti del sovra- e sotto- utilizzo

	OFFERTA SERVIZI	COMPORAMENTI PROFESSIONALI
Criticità	<ul style="list-style-type: none"> Eccesso → sovra-utilizzo Carenza → sotto-utilizzo 	<ul style="list-style-type: none"> Gap tra ricerca e pratica clinica → sovra-utilizzo e sotto-utilizzo
Soluzione	<ul style="list-style-type: none"> Riallineare l'offerta ai reali bisogni di salute delle persone 	<ul style="list-style-type: none"> Integrare le migliori evidenze nelle decisioni professionali
Strumenti	<ul style="list-style-type: none"> Riorganizzazione integrata di ospedale e cure primarie Informazione e coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti 	<ul style="list-style-type: none"> Evidence-based Practice PDTA Implementation science Processo decisionale condiviso
Attori	<ul style="list-style-type: none"> Stato → indirizzo e verifica Regioni → organizzazione Aziende sanitarie 	<ul style="list-style-type: none"> Aziende sanitarie Professionisti

Fonte: Fondazione Gimbe, 2017



Questa criticità, che costituisce un costo importante del Sistema, colpisce particolarmente i servizi e le prestazioni psicologiche, per una serie di motivazioni legate alla mancanza di una programmazione nazionale relativa a tale ambito, alla persistenza di visioni culturali e scientifiche obsolete, al fatto che si tratta di attività spesso innovative e comunque di più recente ingresso nel servizio sanitario rispetto ad altre. La riflessione sull'organizzazione dell'assistenza psicologica si colloca in un ampio e complesso dibattito, attivo sia a livello delle istituzioni che hanno il compito di attivare le strutture sanitarie, sia all'interno della professione psicologica, dibattito arricchitosi negli ultimi vent'anni attraverso alcuni fattori di riferimento:

- cambiamento degli scenari dei percorsi di cura, che richiamano con sempre più chiarezza all'attenzione alla qualità della cura, includendo l'aspetto psicologico e relazionale;
- crescita progressiva di domanda psicologica da parte di cittadini, istituzioni ed operatori sanitari e sociali, in conseguenza della crescita della cultura di attenzione alle forme di tutela e promozione della salute;
- attenzione nella definizione dei LEA alla partecipazione attiva del paziente nei percorsi di cura;
- specializzazione e articolazione della domanda sia per quanto riguarda i settori di intervento (dalla prevenzione alla formazione alla clinica) sia per quanto riguarda la tipologia delle prestazioni;
- cambiamento della risposta sanitaria con caratteristiche di integrazione (delle risorse e degli interventi);
- crescita della complessità del percorso formativo di base e specialistico per la professione degli psicologi;
- varietà della legislazione sanitaria soprattutto nelle sedi regionali.

Ne conseguono alcuni nodi problematici all'attenzione delle diverse istituzioni, e dei diversi organismi, scientifici e politici, deputati alla formulazione delle risposte di salute:

- necessità di formulare linee d'indirizzo nazionali sull'assistenza psicologica;
- persistenza di quadri normativi estremamente differenti tra le regioni;
- sovrapposizioni tra servizi e professioni competenti;
- dispersione delle risorse e frammentazione delle risposte attraverso la presenza sporadica di psicologi (raramente strutturati e più frequentemente con forme di contratto precarie, su singoli progetti,) presso i servizi/UU.OO.

Ad esempio una indagine effettuata da ISS e Ministero Salute in occasione dei 40 anni di istituzione dei Consultori Familiari evidenzia come, nonostante la legge 405/75 ponga "l'assistenza psicologica per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia anche in ordine alla problematica minorile" come primo obiettivo della legge, nei fatti l'attività prevalente di questi servizi è di tipo ostetrico ginecologico ed orientata alla procreazione responsabile e alla educazione sessuale. Emerge inoltre una grande eterogeneità delle attività svolte, confermando la carenza di un riferimento per la popolazione in relazione alle problematiche di tipo psicologico.

Si evidenzia inoltre una grande eterogeneità delle attività svolte, confermando la carenza di un riferimento per la popolazione in relazione alle problematiche di tipo psicologico.



In questo ambito è da segnalare, ad esempio, che recenti pubblicazioni, comparse sulle più prestigiose riviste internazionali (O'Connor, 2016; Sinyor, 2016) evidenziano come lo screening della depressione perinatale sia definitivamente raccomandato (con livello B di raccomandazione) nella popolazione generale adulta che accede ai servizi di cure primarie, naturalmente se implementato in servizi in grado di garantire la gestione clinica della depressione, cioè la valutazione diagnostica, il trattamento e il monitoraggio nel tempo. Nel nostro paese sono stati condotti studi di efficacia nella pratica i cui risultati hanno suggerito che alcuni interventi psicologici, sono efficaci nel migliorare le condizioni di salute mentale delle puerpere, coerentemente con diversi studi che hanno valutato, anche mediante studi controllati randomizzati, in altri paesi, gli stessi tipi di intervento o interventi psicoeducativi analoghi (O'Connor, 2016; Milgrom, 2011).

Per raggiungere una maggiore uniformità ed appropriatezza organizzativa - e, conseguentemente, migliore equità nei confronti del cittadino-utente – occorre esplicitare dei modelli organizzativi della Psicologia nell'ambito delle Aziende Sanitarie regionali, e soprattutto indicare, in maniera omogenea sul territorio e uniforme a livello professionale, i livelli delle prestazioni psicologiche che devono essere garantite a tutti i cittadini. Questo traguardo corrisponde a un complesso e impegnativo processo culturale e di sperimentazione pragmatica sia sotto l'aspetto organizzativo che scientifico delle discipline psicologiche, tenendo come cornice metodologica di riferimento la Psicologia basata sulle evidenze.

Appare in questo senso auspicabile la definizione di indicazioni attuative dei LEA mediante una intesa Stato-Regioni nel confronto dei momenti rappresentativi della Professione. Contestualmente devono essere definiti a livello nazionale gli specifici indicatori uniformi nell'ambito del sistema informativo e di monitoraggio delle attività e prestazioni psicologiche. L'uso di indicatori centrati sull'esito degli interventi e non solo sull'erogazione di risposte (numero totale delle prestazioni) consente di implementare modelli gestionali "sostenibili", cioè erogare i LEA con un corretto bilanciamento tra l'uso delle risorse e l'efficacia degli esiti.

A tal proposito, è infatti da segnalare che la dispersione delle Strutture di Psicologia sul territorio nazionale, la scarsità di linee guida strutturate e l'assenza di codici specialistici univoci per la rilevazione e tariffazione delle prestazioni sanitarie erogate, costituiscono - ad oggi – il principale impedimento per il recupero di dati di attività dettagliato, che potrebbero indirizzare le politiche programmatiche nazionali e regionali sull'assistenza psicologica. Da questa riflessione potrebbe originare la proposta della costruzione di un sistema informativo nazionale e di sistemi informativi aziendali che consentano di rilevare in modo omogeneo non solo il livello di raggiungimento degli obiettivi concordati in sede di budget ma di conoscere in modo completo e riproducibile (con definizioni operative) il tipo e la quantità di prestazioni effettuate anche a scopo di confronto e monitoraggio. Questo agevolerebbe inoltre la predisposizione di un insieme di indicatori, i cui dati potrebbero essere rilevabili dal sistema informativo, da cui ricavare anche informazioni sulla qualità professionale delle prestazioni.

1.2 L'organizzazione della Psicologia nel Servizio Sanitario Nazionale: principi e funzioni.

Garantire una forma organizzata ai Servizi di Psicologia risulta oggi fondamentale al fine di assicurare coordinamento e *governance* delle prestazioni, equità dei percorsi garantiti e appropriatezza/efficienza degli interventi erogati. E' infatti nota ai più la frammentazione delle attività psicologiche in assenza di un coordinamento, l'*overtreatment* o l'*undertreatment*, la parcellizzazione



dell'allocazione delle risorse professionali, l'enorme segmentazione delle afferenze organizzative, il carente orientamento strategico di risorse e interventi e la loro difficile integrazione, una quasi inesistente rilevazione e monitoraggio delle attività, accanto ad una limitata disponibilità di indirizzi di buone prassi professionali nel settore pubblico e, infine, la recente pandemia da COVID-19 che ha evidenziato una limitata capacità di adattamento, in assenza di organizzazione, alle situazioni di emergenza/urgenza.

Nel 1978, anno di istituzione del SSN (L. 833/78 e D.lgs. n. 502/92) lo Psicologo, quando esisteva, operava spesso come unico professionista, all'interno delle équipes dei servizi territoriali, solitamente gestiti da un responsabile medico ed aveva come unico riferimento clinico la scuola di pensiero seguita nel proprio percorso di formazione. Lo sviluppo della Psicologia in questi anni è stato importante, ma molto disomogeneo, ed è tutt'ora in evoluzione: le competenze e la professionalità degli psicologi sono molto cresciute, hanno iniziato a costituirsi diverse forme di organizzazione e/o servizi di Psicologia e anche la consapevolezza degli stessi professionisti sanitari è molto cambiata. Alcuni dei principali fattori che hanno influenzato tale cambiamento sono: la domanda sempre più specialistica e definita dei bisogni di salute da parte dei singoli cittadini e dalle istituzioni (es. scuole, tribunali, servizi sociali); la maggior attenzione del SSN ai quadri epidemiologici recenti e alla necessità di fornire risposte adeguate alle problematiche delle famiglie, alle violenze ai minori e alla donna, al disagio degli adolescenti, etc.

Parallelamente il progresso della Psicologia basata sull'evidenza, ha permesso di disporre oggi di numerose dimostrazioni di efficacia e di efficienza degli interventi che ritroviamo in un crescente numero di leggi nazionali, linee guida, raccomandazioni, buone prassi.

L'esito di questo processo è stato lo sviluppo di una cultura psicologica più "scientifica", di una pratica basata sulla evidenza, che ha permesso di superare gli stereotipi connessi alla presunta "autoreferenzialità" della Psicologia e che tiene conto, dei bisogni e delle preferenze dei pazienti e delle valutazioni di esito degli interventi. In particolare, oggi, la valutazione di esito costituisce uno degli elementi centrali negli indirizzi di programmazione, poiché l'obiettivo del sistema sanitario è rispondere a criteri di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di efficacia nel governo clinico, di efficienza nella gestione delle risorse, di equità e accessibilità dei servizi, ma, sempre più, anche di accountability, cioè della capacità dei servizi di "render conto" all'azienda, alla comunità e ai cittadini di ciò che fanno, migliorando così la reputazione sociale e la fiducia nei confronti dell'intero sistema sanitario.

Quando parliamo di "governo clinico" intendiamo "un approccio integrato tra vari elementi che concorrono allo sviluppo del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza nel contempo il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari" (Ministero della Salute). Rappresenta una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale. Può essere riferito sia alla definizione, mantenimento e verifica della qualità clinica, sia ai meccanismi di responsabilizzazione, gestione e governo dei processi assistenziali.

Anche i "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA, DPCM 12 gennaio 2017), peraltro, riconoscono alla Psicologia un'importante funzione in diversi ambiti del ciclo di vita (minori, adulti, famiglie), in diversi contesti (ambulatorio, consultorio, ospedale, hospice, domicilio) e con diverse tipologie di prestazioni (individuali, di coppia, familiari, di gruppo), sottoscrivendo così l'importante trasversalità



clinica della funzione psicologica (prevenzione, cura, riabilitazione in vari ambiti), cui dovrebbe corrispondere una altrettanto importante trasversalità organizzativa. Il carattere di trasversalità delle Strutture di Psicologia, così come peraltro previsto in maniera innovativa e rappresentato dall'art. 20 bis della Legge 176 del 18 dicembre 2020, può consentire e agevolare l'integrazione con gli altri servizi territoriali e ospedalieri aziendali nelle attività cliniche e di prevenzione, nella programmazione e attuazione di progetti di ricerca, di sperimentazione e nella valorizzazione delle risorse umane aziendali. La possibilità di lavorare in maniera integrata dipende anche dal profilo organizzativo della funzione aziendale di Psicologia.

Solo una struttura con un mandato di gestione di tutte le risorse psicologiche aziendali è in grado di garantire il coordinamento di processi professionali ad elevata complessità e la piena integrazione multidisciplinare con tutte le altre strutture dell'azienda, attraverso la stesura di protocolli operativi. Tale forma di articolazione è peraltro già ampiamente collaudata in vari ambiti assistenziali.

1.3 Note sulle attività dei servizi di Psicologia nel periodo pandemico

La recente pandemia da COVID-19 ha fornito un'occasione preziosa per verificare la necessità di disporre di un sistema organizzato, che abbia le caratteristiche della flessibilità organizzativa e della trasversalità clinica, per poter continuare a garantire, anche se in modo diverso, un utile servizio psicologico ai cittadini e agli operatori sanitari, anche in tempo di emergenza.

Solo in questo modo, infatti, nonostante il *lockdown* e la conseguente "chiusura" delle attività ambulatoriali è stato possibile:

- convertire tutte le attività possibili dalla modalità "in presenza", alla modalità "a distanza" (televisite);
- fornire consulenze agli altri operatori (sanitari e non), mediante sistemi elettronici (tele consulto);
- riorganizzare buona parte dell'attività dei servizi, orientandola verso il supporto al personale medico coinvolto in prima linea nella gestione dell'emergenza;
- predisporre depliant informativi, sia per il personale, sia rivolti ai cittadini, sulla gestione dell'ansia e della paura in periodo emergenziale;
- condividere procedure di comunicazione di cattive notizie, anche a distanza;
- supportare ai clinici nella gestione e comunicazione dei lutti, per via prevalentemente telefonica;
- supportare i clinici nella gestione dello stress, la paura, la fatica;
- fornire indicazione su come comunicare ai bambini;
- collaborare con numerosi istituti scolastici per la gestione di alcune problematiche particolari;
- organizzare momenti informativi, anche online, sugli aspetti emotivi e psicologici nelle emergenze;
- mettere a disposizione degli operatori e dei cittadini un indirizzo mail ed un riferimento telefonico dedicati, per richieste di supporto;
- rappresentare esperienze e campagne di comunicazione, per raccontare la propria esperienza professionale e umana durante la pandemia, per raccontare la propria esperienza professionale e umana durante la pandemia

Nessuna di queste attività, probabilmente, sarebbe possibile in assenza di una gestione unitaria delle risorse umane e delle attività cliniche.



1.4 Normativa di riferimento. Gli interventi psicologici nei LEA

Il SSN, fin dalla sua istituzione, è stato orientato alla tutela e alla promozione della salute, piuttosto che esclusivamente alla diagnosi e alla cura: lo spostamento dell'asse dalla malattia alla salute, ha determinato la necessità di un'attenzione anche alle componenti di ordine psicologico - sociali, relazionali e comportamentali - che influenzano lo stato di salute e la malattia.

La Psicologia è disciplina fortemente implicata nei processi di promozione della salute e dei sistemi di assistenza e la dimensione psicologica permea trasversalmente l'intera attività sanitaria.

La Psicologia opera attraverso l'individuazione di fattori di rischio e protettivi personali e sociali partecipa alla formulazione di piani di trattamento atti a promuovere lo sviluppo e l'equilibrio della persona. A tal fine, nei diversi ambiti di intervento, si occupa di garantire che le risposte cliniche del sistema di cura tengano conto del contesto personale e sociale, considerando l'importanza dei determinanti sociali di salute e promuovendo la presa in carico globale.

Nel formulare risposte alla domanda di salute occorre realizzare luoghi e contesti di cura basati sull'interconnessione tra la dimensione verticale, costituita dai diversi livelli di intensità di cura, e la dimensione orizzontale, costituita dalla multidisciplinarietà. In quest'ottica vanno letti i LEA Psicologici, nel DPCM 12 gennaio 2017 presenti in numerose aree tematiche e d'intervento e che, se correttamente applicati, contribuiscono in modo significativo alla realizzazione di percorsi di cura appropriati e rispondenti alle raccomandazioni internazionali e nazionali.

Rilevante è lo sguardo agli Allegati ai LEA (vedi in particolare Allegato 8 sulle Malattie Croniche) in cui il documento riprende diversi ambiti facendo riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogabili, per quanto riguarda l'area della specialistica. È auspicabile che nel prossimo futuro, in sede di applicazione del decreto e soprattutto nei previsti lavori di revisione, si possano integrare i livelli di attività e prevedere in modo più esaustivo le prestazioni di assistenza psicologica, in raccordo con le Linee Guida, sia nell'ambito della Specialistica Ambulatoriale sia in ambito territoriale ed ospedaliero.

Il DPCM 12 gennaio 2017 contiene una serie di riferimenti alle prestazioni di tipo psicologico e psicoterapico. Si è ritenuto opportuno riportarle in una tabella di sintesi con riferimento agli articoli e commi del Decreto.

Le citazioni non sono esaustive delle attività di competenza psicologica ma si riferiscono ai riferimenti espliciti o più diretti alle prestazioni psicologiche.

Area delle Cure e Assistenza primaria

Attività di competenza psicologica

Assistenza Sanitaria di base	Art. 4 LEA	
	4 a	"adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute"
	4 c	"counselling per la gestione della malattia"



	4 d	collaborazione ai “percorsi assistenziali a favore del bambino e dell’adulto”, “continuità assistenziale”
	4 e	“controllo dello sviluppo psichico, individuazione precoce dei sospetti handicap psichici ed individuazione precoce di problematiche anche sociosanitarie”
	4 g	“prestazioni specialistiche incluse nel Nomenclatore”
Cure palliative domiciliari	Art. 23	“prestazioni professionali di tipo psicologico”
Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie	Art. 24	“nell’ambito dell’assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche necessarie ed appropriate “
“	24 e	“assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico”
“	24 h	“supporto psicologico per l’interruzione volontaria della gravidanza”
“	24 i	“supporto psicologico per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita”
“	24 j	“supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa”
“	24 k	“consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia”
“	24 m	“supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi”
“	24 n	“psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);”
“	24 o	“supporto psicologico a nuclei familiari in condizioni di disagio”
“	24 p	“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”
Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità	27	“nell’ambito dell’assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilità complesse, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche necessarie e appropriate”
“	27 a	“valutazione diagnostica multidisciplinare;”



“	27 d	“colloqui psicologico-clinici;”
“	27 e	“psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);”
“	27 g	abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita
	27 h	“interventi psico-educativi, e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana”
“	27 l	“collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;”
Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità.	59	“qualora emerga il sospetto di un disagio psicologico, è escluso dalla partecipazione al costo un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche.”
All. F LEA	Prevenzione malattie croniche, promozione stili di vita sani	
Attività previste dal Piano Nazionale delle Cronicità		

Nella tabella sottostante sono riportate le prestazioni ove concorrono gli Psicologi unitamente ad altre discipline e professioni

Percorsi assistenziali integrati	Art. 21	“il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale” lo Psicologo partecipa alla stesura del PAI in seguito alla valutazione psicologica, (es. nell'area neuropsicologica partecipa alla definizione dei bisogni di riabilitazione cognitiva a seguito di diagnosi neuropsicologica e alla realizzazione della riabilitazione cognitiva (vedi nomenclatore codici relativi a prove psicometriche e riabilitazione cognitiva)
Cure domiciliari	Art.22	
	3d	cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello (nomenclatore codici relativi a prove psicometriche, riabilitazione cognitiva e colloquio psicologico)
Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie	24 l	“assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche”



Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità	27 b	“definizione, attuazione programma terapeutico riabilitativo personalizzato”
	27 f	“colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi”
	27 i	gruppi di sostegno;
	27 j	interventi sulla rete sociale formale e informale;
“	27 k	consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
“	27 m	“collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni”
“	27 n	“interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo.”

Area dei servizi specialistici di 2° livello

Attività di competenza psicologica

Art. 25 - Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico		
	25 a	“valutazione diagnostica multidisciplinare;”
	25 g	“colloqui psicologico-clinici”
	25 h	“psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)”
	25 k	“interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana”
Art. 26 - Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali		
	26 c	“valutazione diagnostica multidisciplinare”
	26 d	“definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'équipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia”
	26 g	“colloqui psicologico-clinici”
	26 h	“psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)”
	26 p	“interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia”
Art. 28 - Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche		
	28 b	“valutazione diagnostica multidisciplinare”



28 i	“colloqui psicologico-clinici”
28 j	“colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia”
28 l	“psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)”
28 m	“interventi psico-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa”

Art. 32 - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico

32 b	“Progetto terapeutico riabilitativo individuale”
32 e	“colloqui psicologico-clinici”
32 f	“psicoterapia (individuale, familiare, di gruppo)”
32g	“interventi psicoeducativi (individuali e di gruppo)”
32 l	“collaborazione con pediatri libera scelta e con MMG”
32 m	“adempimenti nei rapporti con Autorità Giudiziaria”
32 n	“collaborazione con servizi dipendenze”
32 o	“progettazione con servizi di salute mentale”

Art. 33 - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali

33 e	“colloqui psicologico-clinici”
33 f	“psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)”
33 g	“interventi psico-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa”

Art. 35 - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche

35 d	“colloqui psicologico-clinici”
35 e	“psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo)”
35 f	“interventi psico-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa”

Art. 25 - Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico

25 j	“abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni cognitive e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida”
25 l	“attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore”



25 m	“gruppi di sostegno per i familiari”	
Art. 28 - Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche		
28 n	“promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica”	
28 o	“promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica”	
Art. 32 - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico		
32 h	“abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) finalizzate allo sviluppo dell'autonomia personale e sociale in relazione alla compromissione delle funzioni cognitive e psichiche, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle evidenze scientifiche e le Linee guida”	
32 i	“interventi sulla rete sociale”	
32 j	“orientamento e formazione alla famiglia”	
32 k	“collaborazione con la scuola per inserimento”	
Art. 60	Persone con disturbi dello spettro autistico:	“prestazioni di diagnosi, cura e trattamento individualizzato mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche”

Ambito ospedaliero

Per quanto riguarda le specificità dei contesti ospedalieri si fa riferimento al “Documento di consenso italiano sulla Psicologia Ospedaliera” definito dalle Società Scientifiche del settore (2013), che tiene conto delle peculiari attività e caratteristiche dell'ospedale, ai diversi livelli, e della normativa che riguarda direttamente gli aspetti psicologici (DM 70/15, Legge 38/10, Legge Unità Spinali, Trapianti, Documento Stato-Regioni del 17 aprile 2019, Linee Guida per Malattie Oncologiche, Cardiovascolari, Stroke e Cerebrovascolari, Neurodegenerative, Gravi traumatismi, Malattie pediatriche, Neonatologia, Chirurgia bariatrica, HIV, Riabilitazione, Malattie genetiche, Linee di indirizzo per il Pronto Soccorso 2019, ecc.). I soggetti coinvolti, in tutti i percorsi di assistenza psicologica, sono sempre: il malato, la sua famiglia, l'equipe di cura. I criteri che ispirano l'intervento sono quelli della trasversalità organizzativa dell'intervento psicologico (dall'Ospedale al territorio e viceversa) e dell'interdisciplinarietà nella presa in carico del paziente in tutte le fasi, di prevenzione, di malattia, di riabilitazione, di guarigione, o di terminalità e morte.

In questo ambito sono state incluse le attività previste dai LEA per l'assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario (art.29), i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale (art.30), l'assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita (art.31), la riabilitazione e gli interventi nella lungodegenza post acuzie (art.44), le attività di sostegno alla donazione organi (art. 48).

Nelle tabelle sottostanti sono riportate le prestazioni specificamente previste per gli Psicologi



Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario	29 - 1	“Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico”
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita	31	“Il Servizio sanitario nazionale, nell’ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni psicologiche”

Nelle tabelle sottostanti sono riportate le prestazioni ove concorrono gli Psicologi unitamente ad altre discipline e professioni

Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti	30	“trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale” ¹
--	----	--

Art. 44 Riabilitazione e lungo degenza post-acuzie²

	44 a	“prestazioni di riabilitazione intensiva (riabilitazione cognitiva)”
	44 b	“prestazioni di riabilitazione estensiva (riabilitazione cognitiva)”
Attività' di trapianto di cellule, organi e tessuti	48	(attività di sostegno alla donazione organi)

¹ Riabilitazione neuroPsicologica

² Si tratta di tutte le attività di riabilitazione neuroPsicologica per esempio rivolte a pazienti con grave cerebrolesione acquisita come il trauma cranio encefalico che presenta gravi sequele cognitive e comportamentali, le attività Psicologiche riguardano anche il sostegno e Psicoeducazione ai familiari



1.5 Ambito organizzativo: Psicologia del Lavoro e della Organizzazione

Rientrano in questo ambito le attività rivolte al personale (interventi per il miglioramento della comunicazione, delle relazioni, gestione del rischio, dei conflitti, dello stress e burnout), rivolte all'organizzazione (collaborazione alla rilevazione e miglioramento dei climi organizzativi, delle attività per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, della qualità, progettazione degli ambienti, implementazione del lavoro di gruppo, risk management). Attività di Psicologia nell'ambito degli SPISAL/SPRESAL.

1,6 La Psicologia nel Piano Nazionale delle Cronicità

Le persone con malattia cronica (definita dall'OMS "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni") sono aumentate e saranno in progressivo aumento nei prossimi anni, con una richiesta notevole di impegno di risorse da parte dei servizi sanitari e sociali. Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016, risponde all'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individuino un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi centrati sulla persona ed orientati a una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Gli importanti elementi innovativi si riconoscono nella proposta di un modello di gestione finalizzato al "miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita." (PNC, pag. 8) con:

- un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare, multilivello per la realizzazione di progetti di cura personalizzati, a lungo termine. L'ospedale, il sistema sanitario territoriale e il sociale si integrano in una prospettiva più ampia comunitaria (welfare di comunità) nella costruzione di Percorsi in un continuum assistenziale basato sull'intensità di cura;
- un sistema di cure centrato sulla persona, ove il percorso assistenziale si integra con quello esistenziale;
- una gestione macroprocessuale della persona con malattia cronica suddivisa in fasi. In ogni fase vengono descritti gli aspetti peculiari e le macroattività con gli obiettivi, le proposte di intervento e i risultati attesi. Le fasi si articolano:
 1. stratificazione e targeting;
 2. promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;
 3. presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;
 4. erogazione di interventi personalizzati per la gestione attraverso il piano di cura;
 5. valutazione della qualità delle cure erogate;
- un'attenzione al passaggio dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto nel piano di cura.

Il Piano pone la necessità di individuare nuove parole chiave perché le patologie croniche colpiscono il paziente nella sua globalità fisica, psichica, affettiva, sociale e relazionale e di conseguenza l'approccio al paziente cronico non può essere di tipo esclusivamente biomedico.



Così come riporta il PNC c'è bisogno di nuove parole-chiave, capaci di indirizzare verso nuovi approcci e nuovi scenari:

- salute “possibile” cioè lo stato di salute legato alle condizioni della persona;
- malattia vissuta con al centro il paziente/persona, e non solo malattia incentrata sul caso clinico;
- analisi integrata dei bisogni globali del paziente, e non solo “razionalità tecnica” e bisogni squisitamente medico sanitari;
- analisi delle risorse del contesto ambientale, inteso come contesto fisico e socio-sanitario locale, fattori facilitanti e barriere;
- mantenimento e co-esistenza, e non solo guarigione;
- accompagnamento, e non solo cura;
- risorse del paziente, e non solo risorse tecnico-professionali gestite dagli operatori;
- empowerment inteso come sviluppo della capacità di autogestione (self care);
- approccio multidimensionale e di team e non solo relazione “medico-paziente”;
- superamento dell'assistenza basata unicamente sulla erogazione di prestazioni, occasionale e frammentaria, e costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici;
- presa in carico pro-attiva e non solo risposta assistenziale all'emergere del bisogno;
- “Patto di cura” con il paziente e i suoi *caregiver* e non solo adesione alle prescrizioni terapeutiche.

La “storia naturale” della malattia è la via tracciata per definire gli interventi di programmazione e per evidenziare gli snodi più critici nella gestione della patologia stessa e di stratificare i pazienti in sottoclassi, secondo la loro storia clinica.

Le altre variabili, individuali e sociali, fanno parte di un ulteriore specifico approfondimento sul singolo “paziente-persona”, che include tutti gli aspetti in grado di incidere, negativamente o positivamente, nella storia personale di ogni individuo con la propria cronicità.

Il Percorso Assistenziale rappresenta, quindi, lo strumento per tradurre la storia naturale della malattia e dei vari snodi critici in prassi assistenziale, permettendo di evidenziare i vari step dell'assistenza e, all'interno di queste, le responsabilità dei professionisti, misurati non solo sui risultati attesi.

Il passaggio al “Patto di cura”, rafforza ulteriormente il coinvolgimento del paziente in modo molto più profondo rispetto alla semplice “adesione” (compliance).

Nelle declinazioni regionali del PNC ci sono delle specificazioni che mettono chiaramente in evidenza la necessità di integrazione delle varie figure professionali. Il Piano della Cronicità della Regione Umbria, ad esempio, nel capitolo 2.3 “Professionisti e ruoli” specifica che “l'adeguata integrazione di competenze ed interventi (tra cui quelli psicologici) nella rete e lungo il percorso assistenziale migliora:

- la consapevolezza che la persona ha della propria qualità esistenziale,
- l'aderenza al percorso terapeutico-assistenziale,
- la performance del sistema,
- la riduzione dei costi nel tempo.”



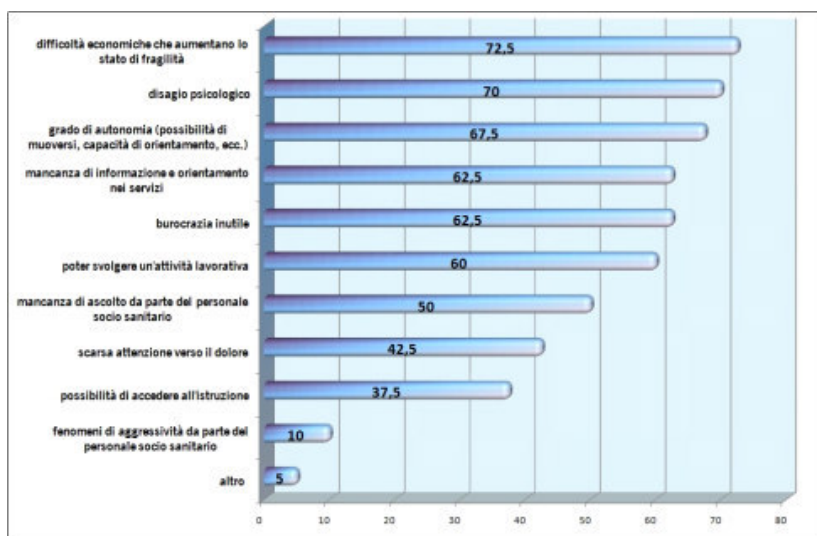
Sottolinea infine la necessità “di rendere disponibili competenze ed interventi (medico-specialistici, psicologici, fisiatrici, infermieristici, sociali, etc.) in grado di integrarsi in modo efficiente e definito con il complesso delle attività” richieste dal Piano.

Indagine sull'assistenza psicologica ai malati cronici

La percentuale di persone affette da patologie croniche in Italia è in costante aumento, si stima che siano in Italia, almeno secondo quanto riportato dagli ultimi dati disponibili, circa 24 milioni di persone.

La mancanza di assistenza psicologica è una delle principali criticità segnalate dalle Associazioni di pazienti affetti da patologie croniche e rare che aderiscono al CnAMC. Considerando i dati degli ultimi due anni del XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva, possiamo vedere che: per il 70% delle Associazioni che hanno partecipato al XVI rapporto nazionale sulle politiche della cronicità, il disagio psicologico è considerato come elemento che condiziona la qualità della vita, secondo solo alle difficoltà economiche (figura 3).

Figura 3. Nel processo di valutazione dei servizi sanitari dovrebbe essere preso in considerazione l'aspetto della qualità di vita e di accesso alle cure e non solo l'aspetto meramente economico. Quali sono secondo voi gli aspetti che dovrebbero essere misurati che influiscono maggiormente sulla qualità di vita?



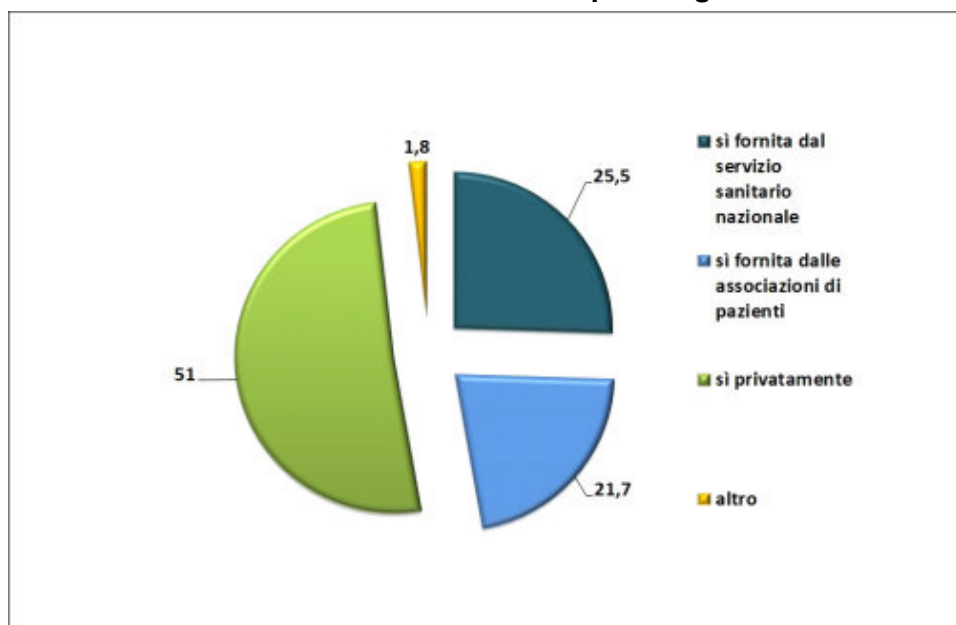
Fonte: Cittadinanzattiva. XVI Rapporto CnAMC (2018)

Analizzando, poi, le disuguaglianze regionali, un altro dato significativo è che l'impossibilità di usufruire di un sostegno psicologico sia avvertito come la maggiore forma di disuguaglianza per i pazienti cronici, seconda sola al mancato riconoscimento di invalidità ed handicap.

Tra i cittadini con patologia cronica che hanno avuto assistenza psicologica solo una minoranza l'ha ottenuta dal SSN. Nella Figura 4 possiamo notare che solamente un paziente su quattro ha ricevuto assistenza psicologica attraverso il servizio sanitario nazionale, mentre la metà è stata costretta a rivolgersi privatamente e quindi a proprie spese. Il 21,7% è stato garantito dalle Associazioni di pazienti che fanno fronte all'esigenza di un supporto psicologico quasi quanto il

servizio sanitario. Infine, una parte residuale, l'1,8% ha usufruito di forme miste di assistenza in parte attraverso il canale pubblico e in parte attraverso il canale privato.

Figura 4. Ha usufruito nell'ultimo anno di assistenza psicologica?



Fonte: Cittadinanzattiva. Indagine civica sull'assistenza psicologica per le persone con cronicità (2020)

Passando alla modalità con la quale è stata fornita l'assistenza, quella prevalente è lo studio privato (57,6%). Solamente nel 20,1% dei casi l'assistenza è fornita in una struttura pubblica e/o convenzionata. Sono molto poche ancora le persone che riescono ad usufruire dell'assistenza psicologica al proprio domicilio (10,8%).

Dati che mostrano l'estrema carenza di una risposta sanitaria psicologica del Servizio Sanitario Nazionale nei confronti della persona e dei suoi familiari, con conseguenze sul vissuto psichico e relazionale e sulla gestione della malattia (solitudine, impotenza nel non poter essere autonomi e/o distanti dal luogo di erogazione delle prestazioni psicologiche, cambiamenti indispensabili nei comportamenti e abitudini da parte dei caregiver) all'aumento dei costi dell'utente, aumento dimostrato essere anche a carico del sistema sanitario. Questo nonostante le evidenze sull'efficacia e sui risparmi indotti dagli interventi psicologici nelle patologie fisiche (Naylor et al., 2012; Layard & Clark, 2015).

1.7 Legge 38/2010 – Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

La Legge 15 marzo 2010 n. 38, all'articolo 1, sancisce il diritto ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore per ogni persona malata, affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie valide alla stabilizzazione della malattia o al prolungamento significativo della vita.

Con l'Art. 5 comma 2 la legge individua le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, fra cui lo Psicologo.

Con gli Accordi Stato Regioni del luglio 2020 sono stati approvati due distinti documenti, sull'accreditamento delle reti di cure palliative e sull'accreditamento delle reti di terapia del dolore.



Con Accordo del Marzo 2021 è stato infine approvato il documento sull'accREDITamento della rete di cure palliative e terapia del dolore pediatriche. Gli Accordi prevedono che l'azienda sanitaria, sede della rete locale di Cure Palliative, garantisca le necessarie dotazioni di personale, strutture e tecnologie per le attività di coordinamento della rete e per l'operatività della stessa. Si introduce così, con l'accREDITamento delle tre Reti (Cure Palliative, Terapia del dolore e Cure palliative pediatriche), la prospettiva della caratterizzazione e standardizzazione dei percorsi di cura e di assistenza per il governo clinico delle cronicità complesse e avanzate, in grado di superare la frammentazione delle risposte verso la multidimensionalità dei bisogni che sono, così, ricondotti a unitarietà.

In tutte tre le Reti lo Psicologo è parte integrante delle équipe.

L'art. 35, comma 2 del Decreto legge 73 del 2021, convertito in Legge 106/2021, ha reso cogente l'impegno di sviluppare le reti di cure palliative e i servizi di prossimità.

I commi 2-bis, ter-quater e quinquies dell'art. 35 del cosiddetto decreto sostegni bis (D.L. 73/2021 come convertito nella L.106/2021) prevedono che le regioni e le provincie autonome elaborino un programma triennale per l'attuazione della legge 38/2010 al fine di assicurare entro il 31 dicembre 2025 l'uniforme erogazione dei livelli di assistenza, fissando per ciascuna regione e provincia autonoma i relativi obiettivi. La legge 106/2021 stabilisce inoltre che l'attuazione del programma triennale costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale e che in caso di mancata attuazione di detto programma nei termini previsti si applica la procedura per l'esercizio del potere sostitutivo di cui all'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131.

Con tale normativa si sono pertanto create le premesse per un effettivo e progressivo sviluppo, nell'arco del prossimo triennio, delle strutture di cure palliative ospedaliere, domiciliari, residenziali e hospice in cui lo Psicologo è sempre presente come parte integrante dell'équipe.

Con il Decreto 23 maggio 2022, n.77 nell'ambito del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale sono state richiamate le funzioni delle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP), le funzioni di *governance* in capo alla stessa, l'erogazione dell'assistenza in ambito delle strutture di degenza ospedaliera attraverso équipe di cure palliative, nell'ambito ambulatoriale, al domicilio del paziente attraverso le UCPDOM, nelle strutture residenziali e negli *hospice*. Servizi che devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti tra cui l'intesa Stato-Regioni 25 luglio 2012 e gli Accordi Stato-regioni del 27 luglio 2020 e 25 marzo 2021.

Da una recentissima indagine "*Mappatura nazionale psicologi in Cure Palliative, Cure Palliative pediatriche e terapia del dolore*" (giugno 2022) a cura del tavolo Tecnico "Cure Palliative" del CNOP, emerge, però, una realtà piuttosto frammentata dell'attività psicologica in CP, TD e CPP e TD e dell'inquadramento contrattuale.

All'indagine hanno risposto 342 Psicologi (89% donne, 74% tra i 35-55 anni). Dei 342 Psicologi rispondenti:

- solo il 27% lavorava a tempo pieno con varie tipologie contrattuali;
- i dipendenti a tempo indeterminato erano il 41%, di questi, il 40% è impegnato part time.
- i dipendenti a tempo determinato erano il 18% di cui il 40% part time.
- il 67% dichiara di avere "altre tipologie contrattuali"*; di questi, l'88% erano liberi professionisti.



- i professionisti che non hanno contratti full time dicono di lavorare, oltre che in CP, CPP e TD: per il 34% per associazioni, ONG e cooperative sociali mentre il 58% in libera professione autonoma.

* item a scelta multipla per dare la possibilità a psicologi contrattisti, ricercatori ed altro di poter inserire più tipologie contrattuali cumulabili tra loro.

Da questa prima analisi dei dati si può notare la frammentazione contrattuale e di inquadramento, nonostante la normativa preveda, come sopra elencato, la figura dello Psicologo Specialista in tutti i setting di erogazione delle 3 reti di CP, TD e CPP.

I dati conclusivi dell'indagine sono in via di elaborazione e saranno pubblicati prossimamente nel sito del CNOP.

1.8 Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025

Il PNP 2020-2025 che rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza al LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", ha individuato tra i Macro Obiettivi programmi e azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute, che potrebbero riguardare in particolare gli interventi psicologici. Tali programmi e azioni attengono alle Dipendenze e in particolare alla dipendenza da Internet per cui i soggetti a rischio solitamente presentano problemi psicologici, psichiatrici o familiari preesistenti all'insorgenza dell'uso problematico. Altro ambito di rilievo è collegato all'esperienza COVID-19 che ha evidenziato l'importanza della collaborazione intersettoriale per affrontare le complesse conseguenze sociali e psicologiche dell'epidemia. Il PNP sottolinea che in ambito scolastico è possibile intervenire precocemente, in un'ottica di approccio globale alla promozione della salute finalizzata all'acquisizione di competenze di vita (life skills), affrontando efficacemente fenomeni negativi (es. bullismo, violenze, uso di sostanze) che possono ripercuotersi sul benessere mentale dei giovani e possono precorrere la comparsa di disturbi mentali in età adulta. Tale approccio contribuisce al riconoscimento precoce di problemi psicologici e comportamentali di bambini ed adolescenti, inclusi i comportamenti autolesivi, favorendo la possibilità di intervento. Coerentemente, il Ministero della Salute ha promosso e finanziato diverse attività progettuali relativi all'uso problematico di Internet, nonché alla promozione del benessere e inclusione sociale delle persone con disturbi mentali.

1.9 Le altre normative

Gli interventi psicologici dispongono oramai di numerose dimostrazioni di efficacia e di efficienza e risultano inseriti in un crescente numero di Leggi, Linee Guida, Raccomandazioni, Buone Prassi, PDTA, PIC, nazionali, ma anche (e a volte soprattutto) Internazionali (europei, statunitensi, mondiali), che sono stati omessi per dare rilievo ai riferimenti nazionali.

In particolare è rilevante lo sguardo alle Norme che regolamentano il SSN e che evidenziano la necessità di difesa, preservazione, equità e universalità del diritto alla salute. L'assistenza psicologica – come più volte rimarcato nel presente documento – deve inserirsi in quest'ottica globale di riferimento.

Citiamo in particolare:

- PIANO NAZIONALE CRONICITA' 2017



- LEGGE N.24/2017 “DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE DELLA PERSONA ASSISTITA, NONCHÉ IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE”
- DOCUMENTO DEL COMITATO NAZIONALE BIOETICA “IN DIFESA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE” (gennaio 2017)
- DECRETO 28 DICEMBRE 2016 SULLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
- PIANO NAZIONALE DEMENZE 2016 (e i conseguenti PRD delle regioni)
- I DIRITTI DELL’INFANZIA E DELL’ADOLESCENZA IN ITALIA (9° Rapporto di Aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza in Italia 2016)
- PIANO NAZIONALE DI INTERVENTI CONTRO HIV e AIDS (PNAIDS) -(Allegato al parere del Consiglio Superiore di Sanità del 7 dicembre 2016)
- PIANO D’AZIONE EUROPEO PER LA SALUTE MENTALE (2013-2020)
- PIANO D’AZIONE NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE (2013-2015)
- PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (2020-2025)
- LEGGE SULL’AUTISMO N.134/2015
- PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE 2016
- MODALITÀ ORGANIZZATIVE ED ASSISTENZIALI DELLA RETE DEI CENTRI DI SENOLOGIA (MAGGIO 2014)
- DLGS. 81/2009 “PREVENZIONE RISCHI PSICOSOCIALI SUL LAVORO”
- LEGGE N. 476/98 SU “ADOZIONI NAZIONALI E INTERNAZIONALI”
- LEGGE N. 38/2010 “TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE”
- LEGGE N. 104/92 ASSISTENZA, “INTEGRAZIONE SOCIALE E DIRITTI DELLE PERSONE HANDICAPPATE”
- LEGGE N.685/75 E DPR 309/90, LEGGE 162/90, LEGGE 49/2006 “TOSSICODIPENDENZA”
- LEGGE N.170/2010 “DISTURBI SPECIFICI DELL’APPRENDIMENTO (DSA)”
- LEGGE ISTITUTIVA DEI CONSULTORI (MATERNITÀ, IVG, LEGGE 194,ETC), N. 405/75
- LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91 “DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI EDI TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI”, GAZZETTA UFFICIALE N. 87 DEL 15 APRILE 1999.
- "LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA PSICOLOGICA EROGATA DALLE STRUTTURE COMPLESSE DI PSICOLOGIA, TERRITORIALI ED OSPEDALIERE, ALL'INTERNO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE" (REVISIONE DEL 2010 SIPSOT - SOCIETÀ ITALIANA PSICOLOGIA DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI
- PIANO NAZIONALE DI AZIONE E DI INTERVENTI PER LA TUTELA DEI DIRITTI E LO SVILUPPO DEI SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA 2022-2023
- DOCUMENTO DI STUDIO E PROPOSTA: PANDEMIA, NEUROSVILUPPO E SALUTE MENTALE DI BAMBINI E RAGAZZI, Autorità Nazionale Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza

Variegato e complesso è lo scenario delle Linee Guida, Raccomandazioni, Progetti Nazionali (Umanizzazione delle cure, Lotta al dolore inutile, contrasto violenza donne e bambini, diritti dei fanciulli, etc.): costituiscono il riferimento all’efficacia e all’efficienza dei servizi erogati, come strumenti del governo clinico e dell’organizzazione del SSN e la loro lettura rimanda anche alla necessità di coniugare, nei criteri dell’appropriatezza, il rigore scientifico con la flessibilità della personalizzazione della cura. Ne riportiamo alcuni esempi:

- LINEE-GUIDA CARDIOLOGIA E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA (SIC, GIRC, ANMCO, FIMMG, 2006)



- LINEE GUIDA PER IL TRAPIANTO RENALE DA DONATORE VIVENTE E DA CADAVERE, CENTRA NAZIONALE TRAPIANTI, ISS, GAZZETTA UFFICIALE N.144 DEL 21 GIUGNO 2002.
- LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE E L'ASSISTENZA PSICOLOGICA IN AREA DONAZIONE-TRAPIANTO" (REGIONE VENETO DGR 851 31.03.2009)
- LINEE-GUIDA DEPRESSIONE POST-PARTUM (OSSERVATORIO NAZIONALE SALUTE DONNA BAMBINO, ONDA)
- LINEE-GUIDA UNITÀ SPINALI, 2002
- LINEE GUIDA CHIRURGIA BARIATRICA (SICOB, 2008)
- LINEE-GUIDA PER L'ASCOLTO DEL MINORE, CONSENSUS CONFERENCE, 2000
- LINEE GUIDA PER L'ASCOLTO DEL MINORE TESTIMONE, ROMA 2010 (SIC, SIMLA, SINPIA, SIP, SIPG)
- LINEE GUIDA PER L'ASCOLTO DEI MINORENNI IN AMBITO GIUDIZIARIO, UNICEF, 2012
- LINEE GUIDA SULLA SALUTE MENTALE E IL SUPPORTO PSICOSOCIALE NEI CONTESTI DI EMERGENZA, IASC, 2007
- LINEE GUIDA PER LA SALUTE MENTALE DELLA DONNA IN GRAVIDANZA E NEL POST PARTUM, (EVIDENCE, 2015)
- LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI, 2015
- LINEE-GUIDA SUL DOLORE NEL BAMBINO, (MINISTERO SALUTE, 2010)
- LINEE-GUIDA SULLA CURA DEL DIABETE NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI (ISPAD, 2014)
- LINEE-GUIDA PER L'ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA, DIPARTIMENTO PREVENZIONE, COMMISSIONE ONCOLOGICA NAZIONALE, MINISTERO DELLA SALUTE, GU 7.10.1999
- LINEE GUIDA PER LA CONSULENZA NELL'INFERTILITÀ (ORDINE NAZIONALE PSICOLOGI, 2004)
- LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON SINDROME DA EMIPLEGIA ALTERNANTE E AI LORO FAMILIARI, CNMR, ISS 20111
- LINEE GUIDA PER TEST GENETICI, ISS (COMITATO NAZIONALE PER LA BIOSICUREZZA E LE BIOTECNOLOGIE), 1998
- LINEE GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI GENETICA MEDICA (ACCORDO 15 LUGLIO 2014 – CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO)
- LINEE GUIDA PER COMUNICARE E GESTIRE GLI EVENTI AVVERSI IN SANITÀ, (MINISTERO DELLA SALUTE, GIUGNO 2011)
- LINEE GUIDA SUL TRATTAMENTO DELL'HIV/AIDS (MINISTERO DELLA SALUTE, 2016)
- "DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI CURA NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE, PER I DISTURBI SCHIZOFRENICI, I DISTURBI DELL'UMORE E I DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ", PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI 20.11.2014
- STANDARD, OPZIONI E RACCOMANDAZIONI PER UNA BUONA PRATICA PSICO-ONCOLOGICA (SIPO, 2011)
- RAPPORTO FAVO "6° RAPPORTO SULLA CONDIZIONE ASSISTENZIALE DEI MALATI ONCOLOGICI", 2014
- LINEE DI INDIRIZZO GRUPPO GLI PSI TO (GRUPPO DI LAVORO ITALIANO SUGLI ASPETTI PSICOLOGICI E PSICHIATRICI DEI TRAPIANTI D'ORGANO), ISS, CNT 2005
- LINEE DI INDIRIZZO IN TEMA DI ORGANIZZAZIONE DELL'AREA DI PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITÀ, REGIONE EMILIA ROMAGNA, 6.09.2013
- RACCOMANDAZIONI PER LE CURE DOLCI E IL TRATTAMENTO DEL DOLORE IN PEDIATRIA, ARES, REGIONE PUGLIA (SIP, SARNEPI; SIMEUP; SIAD; SIPSOT), 2005



- STRESS LAVORO-CORRELATO INDICAZIONI PER LA CORRETTA GESTIONE DEL RISCHIO E PER L'ATTIVITÀ DI VIGILANZA ALLA LUCE DELLA LETTERA CIRCOLARE DEL 18 NOVEMBRE 2010 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI (COORDINAMENTO TECNICO INTERREGIONALE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO, 2012)
- RACCOMANDAZIONI AGLI OPERATORI SULLA SICUREZZA DEI PAZIENTI (MINISTERO DELLA SALUTE, MARZO 2008, E SUCCESSIVE REVISIONI)
- RACCOMANDAZIONI SUI DSA (P.A.R.C.C., BOLOGNA, 1 FEBBRAIO 2011) E CONSENSUS CONFERENCE
- INDIRIZZI E RACCOMANDAZIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA PSICOLOGICA NELLE CURE PRIMARIE NELLA RETE SANITARIA TERRITORIALE, ARES, REGIONE PIEMONTE, 2013
- ANALYSIS OF POLICIES, PROGRAMAS, SERVICES, BUDGETS AND MECHANISMS ADDRESSING CHILD POVERTY AND SOCIAL ESXCLUSION, UNICEF 2022

Ogni Regione ed ogni Azienda Sanitaria, territoriale e/o Ospedaliera dispone poi di protocolli, linee di indirizzo, buone prassi e percorsi clinici integrati (PIC), in gran parte tarati sui modelli organizzativi prevalenti.

In tal senso possiamo certamente affermare - come vedremo più dettagliatamente in seguito - che diversi modelli organizzativi della Psicologia (sia in Ospedale, che sul territorio) danno origine a diverse modalità di erogazione delle prestazioni psicologiche, di raccolta/elaborazione dei dati, di governo clinico e di rendicontazione (output, outcome, formazione, evidenze, etc).



Capitolo 2

Per una Sanità delle Persone: missione e organizzazione della professione psicologica nel SSN in attuazione della normativa e del PNRR



2.1 Obiettivi del documento

L'obiettivo generale di queste Linee di Indirizzo è quello di rendere applicabili, in una logica di appropriatezza e massima integrazione, gli obiettivi assegnati alla professione psicologica-psicoterapica nella normativa vigente e nell'impianto del PNRR per il SSN, mediante:

- 1) Ottimizzazione organizzativa e massima integrazione delle competenze e attività psicologiche con le attività complessive del SSN in una logica di "sistema a rete";
- 2) Massimo apporto alla valorizzazione di un sistema incentrato sui bisogni reali della persona, su un approccio preventivo, proattivo, di promozione delle risorse, e sulla casa come primo luogo di cura, prossimità e continuità tra i diversi livelli del sistema (dalla casa all'ospedale);
- 3) Valorizzazione del ruolo della Psicologia per un approccio integrato (multidisciplinare e multiprofessionale) alla persona e come ponte tra gli aspetti sanitari e sociali, anche per generare risparmi e attraverso interventi più appropriati e costo efficaci.

Il documento risponde alle esigenze generali e tiene conto della situazione prodotta dalla pandemia di un aumento delle forme di disagio psicologico e di disturbi nei soggetti colpiti dal COVID-19, nelle persone con pregresse patologie fisiche e psichiche ma anche nella popolazione generale.

La pandemia ha mostrato chiaramente che ogni problema di salute fisica ha un importante risvolto psicologico. Basti considerare che in base ai dati desunti dalla letteratura scientifica italiana e internazionale: una quota significativa dei ricoverati nelle terapie intensive per COVID-19 ha sviluppato problemi/sequela psicologiche, (anche di tipo cognitivo che richiedono riabilitazione neuropsicologica), disturbi psicologici si sono sviluppati in modo più accentuato nelle persone ricoverate per COVID-19, nei positivi in quarantena e, infine, nella popolazione generale, soprattutto nelle fasce più giovani (Gigantesco et al., 2022). Anche il cosiddetto "long COVID-19" è caratterizzato da problemi di questo tipo, soprattutto nella componente cognitiva e dell'umore.

2.2 La missione trasversale della Psicologia: dalla normativa alla attuazione

L'evoluzione dei problemi di salute della popolazione ha portato a mettere sempre di più l'accento sul potenziamento dell'assistenza territoriale come primo e più immediato presidio per le azioni di prevenzione e promozione della salute e per quelle di cura ed assistenza.

L'obiettivo del PNRR Missione 6 è quello di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure. Il miglioramento di servizi sanitari sul territorio permette di rispondere ai bisogni delle persone con disabilità, favorendo un accesso realmente universale alla sanità pubblica.

La **Psicologia** è disciplina fortemente implicata nei processi di promozione della salute e dei sistemi di assistenza e la dimensione psicologica permea **trasversalmente l'intera attività sanitaria**, avendo al contempo una chiara valenza di tipo sociale, che pone tali attività come una delle cerniere tra l'aspetto sanitario e sociale, oggi fortemente richiamato nel PNRR.

Si tratta di **potenziare** la presenza nei servizi "storici", come quelli dei dipartimenti di salute mentale o quelli consultoriali, ma anche di assicurare le attività nelle Case della comunità, nella domiciliarità, nei centri di prossimità, nelle strutture intermedie e negli ospedali.

Gli aspetti psicologici rientrano in gran parte delle attività del SSN, come riconosciuto dalla normativa con particolare riferimento ai LEA e al PNC. La componente psicologica è presente nella



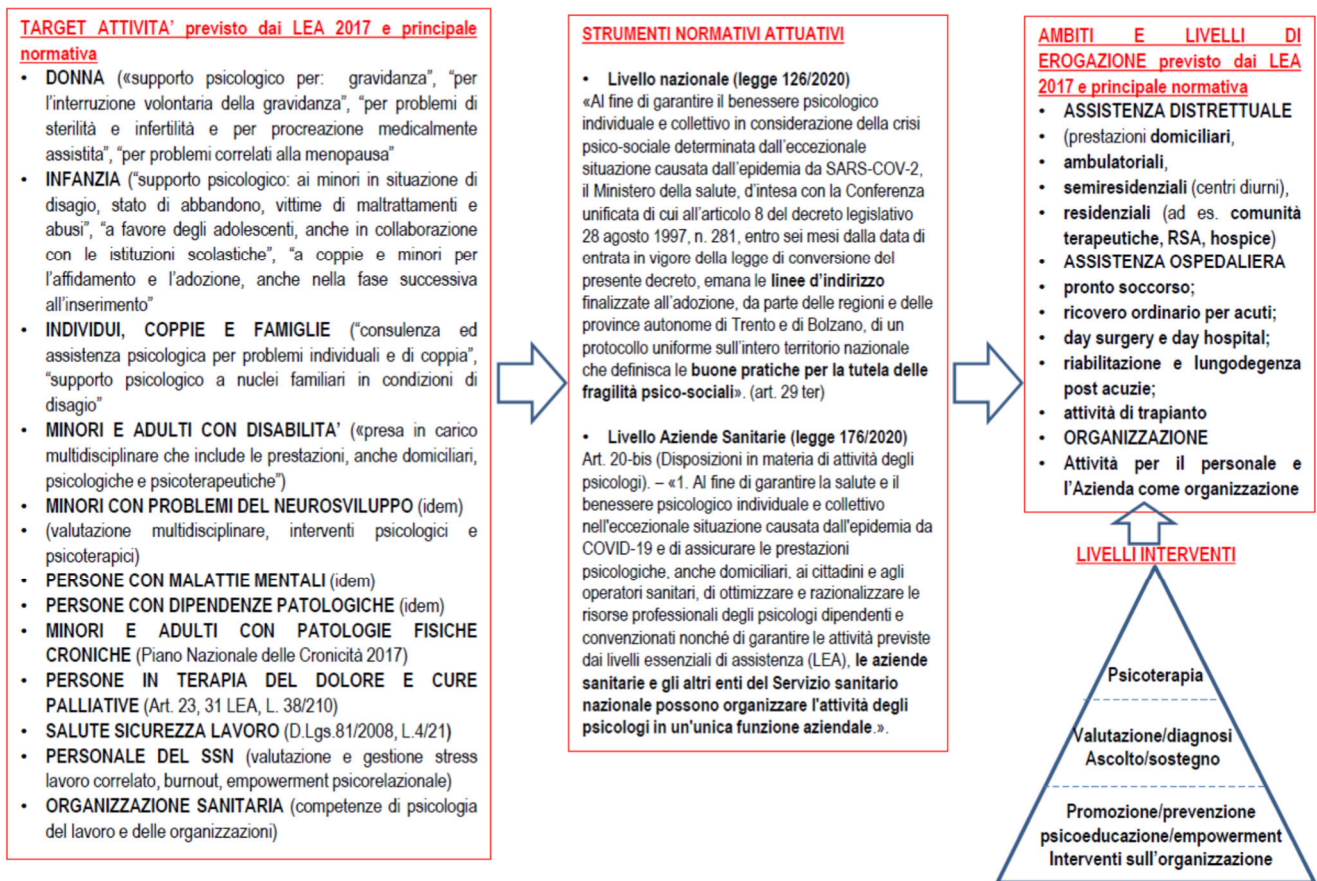
promozione della salute, nella prevenzione, nella cura, nella riabilitazione, nell'assistenza alla cronicità, nelle attività di supporto al personale e all'organizzazione (gestione della comunicazione, relazioni, lavoro di gruppo, emozioni, stress, burnout, climi organizzativi, qualità, gestione di team, dei conflitti, rischio clinico, Psicologia ambientale, ecc.).

La professione psicologica ha due specificità:

- a) avere come target tutti i soggetti del sistema: utente e caregiver, supporto al volontariato, personale, azienda come organizzazione.
- b) essere una professione sanitaria con una intrinseca competenza nel favorire una visione integrata della salute dell'individuo e degli interventi in suo favore, come ponte naturale tra gli aspetti sanitari e sociali e gli operatori sanitari e sociali.

Questi due aspetti amplificano la fisiologica trasversalità della professione psicologica che è illustrata nella tabella che segue

SINTESI DELLA MISSIONE TRASVERSALE DELLA PROFESSIONE PSICOLOGICA NEL SSN E SUA ARTICOLAZIONE



Al fine di assicurare questa missione trasversale è necessario un coordinamento operativo-organizzativo a livello aziendale, che il Parlamento a Dicembre 2020 con la legge 176 (art.20 bis) ha indicato come una unica "Funzione aziendale" di Psicologia, con i seguenti compiti:

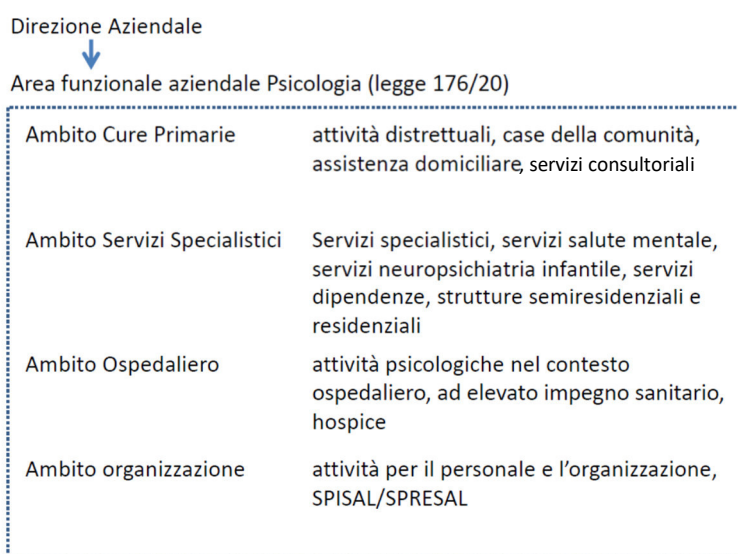
- garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo;
- assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini e agli operatori sanitari;
- ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali degli psicologi dipendenti e convenzionati;
- garantire le attività previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA).



Il coordinamento delle attività psicologiche, in raccordo con la Direzione aziendale, deve assicurare la gestione l'insieme delle attività e delle risorse in modo da assicurare gli obiettivi assegnati nei diversi livelli ed ambiti di attività.

La Funzione aziendale di Psicologia di cui alla L.176/2020 si articola in relazione ai principali ambiti di lavoro (vedi tabella):

- 1) ambito delle cure primarie (attività distrettuali, servizi consultoriali, assistenza domiciliare, case della comunità);
- 2) ambito intermedio dei servizi specialistici (servizi specialistici, servizi salute mentale, servizi neuropsichiatria infantile, servizi dipendenze, strutture semiresidenziali e residenziali);
- 3) ambito ospedaliero (attività psicologiche nel contesto ospedaliero, ad elevato impegno sanitario, hospice);
- 4) ambito organizzazione (attività per il personale e l'organizzazione, SPISAL/SPRESAL).



Ambito delle cure primarie (art. 4, 22, 23, 24, 27, 59, All. F LEA, Piano Nazionale Cronicità)

Erogazione delle attività ambulatoriali e domiciliari previste dai LEA e dal PNC per la prevenzione, promozione delle risorse, ascolto e sostegno psicologico per la donna, minori, famiglia, situazioni di disagio psicologico (art.24,59), persone con disabilità (art.27), malattie croniche (PNC), cure palliative domiciliari (art.23).

Ambito dei servizi specialistici (art.25, 26, 28, 32, 33, 35, 60 LEA).

In questa area la missione normativa della Psicologia si esprime soprattutto nell'assistenza ai minori in ambito neuropsichiatrico (art.25 LEA), persone con disturbi mentali (art.26), con dipendenze patologiche (art.28) e nell'assistenza semiresidenziale e residenziale per questi soggetti (art. 32, 33, 35), soggetti con disturbo dello spettro autistico (art.60).

L'area funzionale psicologica deve assicurare la multidisciplinarietà nella valutazione e nell'intervento e l'erogazione degli interventi psicologici e psicoterapici previsti.

Ambito organizzativo

Rientrano in questo ambito le attività rivolte al personale (interventi per il miglioramento della comunicazione, delle relazioni, gestione del rischio, dei conflitti, dello stress e burnout), rivolte all'organizzazione (collaborazione alla rilevazione e miglioramento dei climi organizzativi, delle attività per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, della qualità, progettazione degli ambienti,



implementazione del lavoro di gruppo, risk management). Attività di Psicologia nell'ambito degli SPISAL/SPRESAL.

Livelli di intervento

Tutti e quattro gli ambiti di attività erogano le prestazioni indicate nella piramide, sia pure con le specificità del singolo ambito.

La Funzione aziendale di Psicologia garantisce, al contempo:

- trasversalità organizzativa (erogano prestazioni a tutte le strutture aziendali integrandosi nei processi assistenziali di cura, garantiscono la continuità assistenziale partecipando ai percorsi assistenziali territorio/ospedale; allocano in maniera appropriata le risorse professionali in relazione ai bisogni dell'utenza e agli obiettivi aziendali);
- e trasversalità operativa (coniugano la clinica e la terapia con la promozione della salute e la prevenzione del disagio a livello individuale, gruppale e organizzativo; declinano gli interventi psicologici all'interno dei LEA in una dimensione che opera sia sul versante della cura e su quello della costruzione della salute -promozione e prevenzione-; rivolgono gli interventi ai bisogni psicologici dell'intero arco del ciclo vitale dell'individuo garantendone la qualità e l'appropriatezza professionale).

Si focalizza sui processi di cura e la centralità dell'utente, integrando le risorse all'interno dei processi di lavoro (percorsi) e non nelle strutture organizzative che sono attraversate dai percorsi di cura, in cui vengono erogate le prestazioni, ponendo così al centro dell'attenzione programmatica il cittadino che li attraversa e non la struttura che eroga le prestazioni. Garantisce il governo clinico, monitorando sul territorio e a livello professionale, le prestazioni psicologiche che devono essere garantite a tutti i cittadini attraverso l'uso di strumenti, quali: un sistema informativo, un'attenzione ai percorsi terapeutici e ai loro esiti di salute (valutazione di efficacia), la capacità di costruire modelli gestionali "sostenibili" cioè erogare i LEA con un corretto bilanciamento tra l'uso delle risorse (costi) ed efficacia (appropriatezza organizzativa).

2.3 Modello di "Funzione aziendale" di Psicologia

Nella "Funzione aziendale" di Psicologia di cui alla L.176/2020 confluiscono tutti gli psicologi che operano, a qualsiasi titolo nelle strutture, dipartimenti, servizi dell'azienda, tenuto conto delle forme organizzative cui sono obbligati a partecipare i convenzionati. Allo Psicologo è assegnato un programma di lavoro, con i relativi obiettivi, la tipologia e il numero di situazioni prese in carico, l'articolazione dell'orario nei diversi ambiti lavorativi e gli altri compiti istituzionali (tenuta della cartella, scrittura dei referti, conoscenza della documentazione di servizio, etc).

I principali compiti della "funzione aziendale" si possono riassumere come segue:

- garanzia di erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
- promozione, mantenimento e recupero della salute psicologica della popolazione attraverso attività, prestazioni e servizi erogati nelle sedi territoriali ed ospedaliere;
- coordinamento tecnico-professionale, programmazione e verifica degli interventi degli psicologi in azienda;
- organizzazione e gestione dell'integrazione funzionale e professionale degli psicologi con altre UU.OO. aziendali;



- monitoraggio continuo delle funzioni assistenziali psicologiche autonome e complementari attraverso l'uso di sistemi informativi o altro;
- valutazione e miglioramento della qualità dei processi;
- predisposizione di un piano annuale di formazione in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa nazionale dell'E.C.M.

Va inoltre promossa e valorizzata la definizione di protocolli di collaborazione tra la Funzione aziendale di Psicologia e gli altri servizi sanitari e non, specificando:

- le funzioni, le prestazioni e il tempo che lo Psicologo deve dedicare al team multiprofessionale;
- una descrizione dell'attività di cui lo Psicologo è responsabile all'interno del team multiprofessionale;
- le procedure riguardanti la tipologia e la modalità della presa in carico psicologica e di rilevazione dati;
- le indicazioni sulle procedure per garantire la continuità assistenziale;
- la raccolta dei dati di attività nel sistema informativo aziendale.

Per quanto riguarda i possibili profili di intervento degli Psicologi nella Funzione aziendale di Psicologia, questi sono relativi ad attività che vanno da una bassa ad un'elevata integrazione professionale, in particolare, l'attività "a prevalenza monoprofessionale" risponde ad un bisogno specifico di intervento psicologico-psicoterapeutico (individuale, familiare, gruppale) con accesso diretto (autonomo) o su invio di altro professionista (es. medico di base o specialista); l'attività "integrata a livello professionale", risponde ai bisogni di un'utenza con situazioni complesse e spesso croniche; l'attività "integrata di rete" risponde ad un bisogno specifico di intervento psicologico (individuale, familiare, gruppale) proveniente da enti pubblici e/o privato sociale (es. scuole, servizi sociali, autorità giudiziarie). Si tratta solitamente di attività sia monoprofessionali che multidisciplinari, inserite in protocolli operativi/procedure istituzionali. L'integrazione professionale e dei percorsi clinici si costruisce infatti all'interno dei processi di lavoro (PIC, PDTA, etc.) e non nelle strutture organizzative in cui vengono erogate le prestazioni, ponendo così al centro dell'attenzione programmatica il cittadino e non la struttura che eroga le prestazioni.

Per quanto attiene la documentazione, sui principali processi assistenziali dovrebbero essere definite:

- Le procedure dell'accoglienza della domanda di assistenza psicologica con la definizione di eventuali priorità e dei tempi di attesa;
- le procedure di rapporto con gli invianti;
- le procedure di valutazione della domanda;
- le procedure riguardanti la somministrazione e l'elaborazione dei principali strumenti psicodiagnostici;
- documenti che indichino le modalità di compilazione, conservazione, condivisione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria.

Un altro aspetto di fondamentale importanza per la Funzione aziendale di Psicologia è poter disporre di un sistema informativo, che permetta di:



- registrare tutta l'attività erogata, per soddisfare il debito informativo istituzionale in termini di volume di prestazioni e "pacchetti" di prestazioni erogati, garantendo reporting accurati in tempi brevi. La possibilità di avere dati aggiornati, di accesso dei pazienti e di esito dei trattamenti permette al responsabile della Funzione aziendale di Psicologia di attuare eventuali aggiustamenti relativamente all'appropriatezza/efficacia degli interventi erogati e di rendicontare le attività solte per profili di cura, a seconda delle necessità;
- fare un'analisi quali-quantitativa dei dati raccolti per migliorare il governo clinico; Il reporting sui dati permette, infatti, anche di effettuare confronti, analizzando le performance in relazione alle competenze e alle risorse disponibili;
- soddisfare i requisiti di tracciabilità della documentazione sanitaria, l'inserimento delle attività relative al consenso alla riservatezza dei dati e al trattamento;
- facilitare il monitoraggio dei trattamenti effettuati e la valutazione dei loro esiti, finalizzati all'introduzione di sistemi di analisi e miglioramento degli interventi psicologici.

I sistemi informativi e più in generale i dati, infine, facilitano la comprensione, anche da parte degli amministratori, del beneficio delle terapie psicologiche e psicoterapeutiche e rendono più trasparenti le decisioni cliniche e organizzative che le aziende sanitarie compiono.

La Direzione della Funzione aziendale di Psicologia, sulla base delle indicazioni della Direzione Aziendale, governa l'attività psicologica, pianificando e programmando la distribuzione del personale, organizzando l'erogazione a livello tecnico e gestionale della tipologia degli interventi, coordinando la formazione del personale per il raggiungimento di standard di efficienza e qualità. Per assicurare la trasversalità dei compiti e delle funzioni, che riguardano il complesso delle attività aziendali, è necessario che tale "funzione" sia incardinata nell'organigramma aziendale in modo corrispondente alla sua missione (es. Direzione aziendale, Dipartimento dei servizi).

La Funzione aziendale di Psicologia deve garantire percorsi formativi adeguati, anche di formazione sul campo, rispondendo ai bisogni di professionalizzazione degli operatori e a quelli di innovazione del sistema aziendale.

Le presenti Linee di indirizzo rappresentano di seguito, con alcune integrazioni, quanto riportato nell'allegato alla Delibera N. 1141 del 19/07/2021 della Regione Emilia Romagna in merito alla descrizione dei diversi ambiti di pertinenza della Psicologia.

2.4 I Servizi di Psicologia e l'esperienza pandemica

Sin dalle prime fasi dell'emergenza pandemica, le Aziende Sanitarie nelle quali era presente il Servizio di Psicologia si sono attrezzate per dare una risposta immediata e coordinata all'emergenza COVID-19, al fine di valutare l'impatto e la rilevanza delle consulenze psicologiche fornite a cittadini, da professionisti.

I Servizi di Psicologia nella fase emergenziale

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



Raccomandazioni

Di fronte questo scenario, è accertato che il bisogno di Psicologia nell'articolazione dell'offerta sociale e sanitaria non potrà che aumentare. Diventa ancora più urgente garantire forme appropriate di risposta di carattere non soltanto preventivo ma di promozione delle risorse alla resilienza dei singoli e dei gruppi sociali, di interventi focali sulle forme di disagio reattivo diversamente costruite per popolazioni target. Anche il decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali" richiama la necessità di implementare l'offerta di prestazioni psicologiche da parte delle Aziende sanitarie, destinando a questo fine risorse per incarichi di lavoro autonomo.

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

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

2.5 Età evolutiva e Clinica dell'infanzia

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

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

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

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

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

Coerentemente col dato di letteratura che identifica con l'individuazione e l'intervento precoce la più efficace strategia di contrasto al disagio/disturbo psichico, anche in termini prognostici, una parte significativa di Psicologi in servizio nelle Aziende è impiegato nella Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza.



Competenza specifico professionale dello Psicologo

Accesso: avviene secondo le procedure definite dalle UO che assegnano la referenza clinica del singolo caso in entrata al dirigente Psicologo.

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

Valutazione: i tempi sempre più contingentati, stante la documentata numerosità della domanda, impongono procedure operative snelle ed efficaci. Lo Psicologo sa coniugare le tecniche del colloquio clinico con le evidenze più appropriate per le diverse necessità; tramite il continuo aggiornamento e l'analisi della letteratura, offre percorsi di valutazione sostenibili e partecipati, in collaborazione con gli altri operatori dell'équipe.

Diagnosi: La definizione e comunicazione della diagnosi rappresenta un passaggio cruciale nella definizione di senso col minore e con i genitori. Anche in questa fase le competenze dello Psicologo, esperto della relazione, facilitano la presa d'atto, la comprensione e la condivisione del quadro emergente nel rispetto dei tempi e delle caratteristiche dell'interlocutore.

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

Raccomandazioni

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

È necessario documentare e formalizzare il contratto condiviso, l'andamento del percorso e l'esito del singolo progetto di cura.

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

2.6 Età evolutiva e Clinica dell'Adolescenza

L'attenzione alla specificità in adolescenza è fondamentale sia per i rapidi cambiamenti evolutivi che avvengono in un breve arco temporale, sia per la necessità ancor più rilevante in questo ambito, di tener conto della famiglia nell'attuazione degli interventi, sia per la rilevanza e l'influenza degli ambienti di vita sugli adolescenti.

Gli interventi devono essere mirati, tempestivi, specifici, condotti con un approccio transculturale e devono tener conto dei fattori protettivi e dei fattori di rischio presenti, della capacità supportiva della famiglia, delle risorse del contesto e utilizzare modalità di comunicazione appropriate.

L'attivazione di "Spazi Giovani" (Istituto Superiore di Sanità, 2015) prevede attività di educazione alla salute rivolte a bambini e bambine e a ragazze e ragazzi delle scuole primarie e secondarie e agli adulti di riferimento e, all'interno della attività assistenziale rivolta al target 14-19



anni, il colloquio clinico psicologico per valutazione ed eventuale presa in carico terapeutica:

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

Competenza specifico professionale dello Psicologo

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

In particolare:

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

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

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

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

Raccomandazioni

In un quadro generale di tipo evolutivo, l'assolvimento dei compiti di sviluppo identitario tipici della fase adolescenziale può comportare la comparsa di sintomi ansioso-depressivi, di discontrollo delle emozioni e dei comportamenti, di fobie scolari e/o ritiro sociale o di uso di sostanze psicotrope, spesso rappresentando un primo segnale di difficoltà nel processo di maturazione. In altri casi



invece, tali sintomi sono l'espressione di importanti psicopatologie (Disturbi dell'Umore, Disturbi Psicotici, Disturbi di Personalità). L'intervento psicologico e la possibilità di una valutazione diagnostica precoce sono gli elementi fondamentali per delineare il bilancio tra fattori protettivi e di rischio e realizzare i cambiamenti necessari alla ripresa del percorso evolutivo. Laddove questo intervento venga attuato, risulta essere caratterizzato da facilità di accesso, gratuità e riservatezza risulterà essere un'opportunità più fruibile per gli adolescenti, che potranno apprezzare il valore di una relazione di aiuto ed essere più facilmente accompagnati nei servizi specialistici qualora lo necessitino.

2.7 Coppia, famiglia, puerperio, gravidanza

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

Le principali aree di intervento concernono:

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

Competenza specifico professionale dello Psicologo

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

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

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

Le competenze in ambito di Psicologia di comunità sono finalizzate alla programmazione di



interventi di rete a valenza preventiva all'interno di reti multiprofessionali e multi istituzionali e nell'attuazione di interventi di consulenza ad altri operatori sanitari, sociali ed educativi e di promozione della salute rivolti a cittadini e/o fasce specifiche della popolazione.

Raccomandazioni

Gli interventi previsti in questa area di attività si collocano all'interno della *primary care* contraddistinta da protezione del benessere di comunità, prossimità ai bisogni dei cittadini, facilità di accesso diretto. I professionisti psicologi che operano in quest'area condividono un'attitudine al lavoro di rete e un orientamento tecnico-professionale che coniughi le competenze cliniche a quelle tipiche della Psicologia di comunità.

2.8 Clinica del maltrattamento e dell'abuso

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

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

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

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

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

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

- Presa in carico integrata che, in un'ottica preventiva, dovrà avvenire il più precocemente possibile anche nella fase di prevenzione primaria secondo il modello bio-psico-sociale.
- valutazione della condizione di rischio sociale e sanitario secondo strumenti standardizzati. L'esito della valutazione deve orientare i professionisti coinvolti nella definizione delle priorità.
- implementazione/qualificazione degli interventi proposti/rivolti alle famiglie d'origine, conseguenti a valutazione, diagnosi e prognosi psico-sociali.
- Manutenzione e cura costante della rete interistituzionale con particolare riferimento all'Autorità Giudiziaria e alle Istituzioni Scolastiche ed educative.

Competenza specifico professionale dello Psicologo

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

- specifiche competenze giuridiche;
- competenze di ascolto e sintonizzazione con il minore nelle diverse e pervasive forme di maltrattamento e abuso e con la famiglia in stato di vulnerabilità;
- esperienza e competenza in psicopatologia dell'età evolutiva e nell'uso della testistica;
- capacità di utilizzare strumenti osservativi e valutativi mirati e specifici ritenuti validi dalla



comunità scientifica;

- competenza nell'ambito del lavoro trasversale ed integrato sociosanitario, nella valutazione multidimensionale, soprattutto per i casi complessi. Questo profilo si riferisce ad una prestazione altamente qualificata;
- valutazione del danno evolutivo ed elaborazione di un progetto riparativo, sia nei confronti del minore che delle figure genitoriali.

Raccomandazioni

La complessità e la delicatezza dell'intervento in questo ambito, rende necessario ancora più che in altri, anche alla luce della recente Riforma della giustizia (Legge n. 134 del 2021, la c.d. "Riforma Cartabia") che prevede l'istituzione del Tribunale "per le persone, per i minorenni e per le famiglie", con un forte coinvolgimento dei servizi sanitari, la presenza di professionisti dedicati e inquadrati in modo stabile nell'organizzazione aziendale. Tali professionisti dovrebbero poter accedere ad un'attività di formazione continua e condivisa al fine di acquisire competenze specialistiche e strumenti validati ed omogenei.

2.9 Affidamento e adozione

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

Competenze specifiche professionali dello Psicologo

Oltre a competenze cliniche e quelle tipiche della Psicologia di comunità, è necessario conoscere gli elementi della Psicologia giuridica, in riferimento alle tematiche specifiche trattate. Il rapporto con il Tribunale rappresenta infatti un elemento costante con il quale è necessario operare, nella conoscenza e rispetto dei reciproci ruoli e compiti professionali.

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

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

Raccomandazioni

La interdisciplinarietà dovrebbe caratterizzare il lavoro tra psicologi e operatori sociali, la capacità di declinare la competenza psicologica specifica, nelle necessità del processo, a partire dal necessario sostegno alle famiglie adottive e affidatarie favorendo raccordi che potenziano il perseguimento degli obiettivi nei singoli ambiti.

2.10 Clinica dell'adulto

All'interno dei Servizi dell'Area Adulti, l'attività dello Psicologo si inserisce nell'organizzazione



delle equipe multidisciplinari integrate e concorre alla realizzazione degli obiettivi generali e specifici dei servizi di afferenza.

Oltre all'attività più specificatamente clinica, che nei diversi setting deve essere condotta secondo criteri di appropriatezza ed efficacia, lo Psicologo si occupa di:

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

Competenza specifico professionale dello Psicologo

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

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

L'intervento nell'area adulti richiede coerenza tra Piano Formativo individuale e *clinical competence* nelle tre differenti aree: teorica, clinica e organizzativa. La formazione risponde alle necessità di acquisire specifiche competenze individuate dalle raccomandazioni e dalla letteratura vigente.

Le competenze professionali dello Psicologo nell'area adulti si possono declinare come segue:

- valutazione e diagnosi psicologica attraverso l'utilizzo dell'osservazione clinica, del colloquio psicologico non strutturato, intervista strutturata e test psicodiagnostici;
- percorsi di intervento dedicati alla persona: sostegno psicologico e psicoterapia (individuale, di coppia, familiare e grupपालe);
- specifici interventi *evidence-based* previsti da percorsi aziendali (paziente all'esordio psicotico, disturbi del comportamento alimentare, gravi disturbi di personalità);
- partecipazione a tavoli integrati socio-sanitari per la valutazione multiprofessionale all'interno di specifici percorsi riabilitativi;
- valutazione degli esiti dei percorsi psicoterapeutici e di sostegno (misure di *outcome*), tramite l'ausilio di specifiche scale e questionari standardizzati;
- attività di ricerca e innovazione;
- progettazione e realizzazione di attività formative come costante aggiornamento della propria competenza professionale;
- supervisione agli operatori e alle equipe mono e multidisciplinari.

Raccomandazioni

L'intervento sulla popolazione adulta si rivolge anche ad un ampio ventaglio di problematiche,



che possono comprendere sintomatologie di tipo depressivo, ansioso, reazioni da stress da lavoro correlato, reazioni da stress a seguito di passaggi cruciali della vita, di abbandoni, di lutti.

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

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

2.11 Clinica dell'invecchiamento

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

La Psicologia dell'Invecchiamento rappresenta dunque un capitolo di grande rilevanza, in quanto ha l'obiettivo di descrivere i mutamenti cognitivi, affettivi, relazionali e comportamentali di questa fase della vita. I contributi neuroscientifici, il *neuroimaging* in particolare, e i nuovi sistemi di valutazione diagnostica funzionale di area clinico-psicologica, quali il PDM-2, il DSM-5 ed il sistema ICD-10 (American Psychiatric Association, 2022; WHO, 1993) permettono di identificare e descrivere tali cambiamenti e di discriminare la fisiologia dell'invecchiamento da eventuali patologie che debbono, come le malattie degenerative, essere trattate ad hoc. Benché non esistano specifici parametri biologici o psicologici che possano essere utilizzati per definire il concetto di "anziano", il recente studio epidemiologico sui disturbi mentali negli anziani condotto negli USA da Reynolds, Pietrzak, El-Gabalawy et al., 2015 propone una suddivisione della popolazione in 4 gruppi: *young-old* (55-64 anni), *middle-old* (65-74anni), *old-old* (75-84anni) e *oldest-old* (over84).

L'invecchiamento è un processo dinamico che appartiene ad un ampio continuum evolutivo che abbraccia tutto l'arco di vita. Allo stesso modo in cui gli individui giovani devono affrontare compiti evolutivi legati ai mutamenti biologici psicologici e sociali, così gli adulti e i grandi adulti devono confrontarsi con cambiamenti e transizioni importanti come il pensionamento, cambiamenti nelle relazioni famigliari e di coppia.

È da tenere in considerazione che il processo di invecchiamento può costituire di per sé un potenziale fattore di stress, poiché l'adattamento in sottrazione di funzioni può determinare risposte adattative differenti, a seconda dell'organizzazione personale e delle acquisizioni di vita raggiunte. Il pensionamento, soprattutto quando imposto, la morte di persone care, l'esperienza dell'ingresso in strutture residenziali, esperienze potenzialmente traumatiche come quella della pandemia da COVID-19 possono comportare una sofferenza aggiuntiva che va ascoltata.

La valutazione del funzionamento mentale negli individui sopra i 70 anni richiede una particolare attenzione dell'interazione reciproca tra fattori biologici, psicologici e sociali, inoltre la



probabilità di malattia somatica è senza dubbio maggiore rispetto a quella delle altre fasi del ciclo di vita. Benchè il deterioramento cognitivo dell'anziano non possa essere considerato "una regola", va tuttavia segnalato che una percentuale crescente di persone in età avanzata, molto più rappresentata nel genere femminile, mostra disturbi cognitivi e del comportamento che possono compromettere in maniera importante la qualità di vita della persona affetta, dei suoi familiari e, in particolare, del suo caregiver (spesso familiare). Nell'anziano, inoltre, sono spesso presenti disturbi d'ansia e forme depressive di vario grado, molto spesso sottovalutate (e sottotrattate) perché considerate "fisiologiche", in relazione all'età del paziente e alle sue esperienze di vita.

La patologia somatica spesso è vista dalla persona anziana come qualcosa di intrinseco al processo di invecchiamento ed è in rapporto all'atteggiamento di rassegnazione e al cambiamento della rappresentazione della morte, che può essere immaginata come relativamente più vicina nel tempo.

Un'accurata ricostruzione patobiografica è un passaggio propedeutico allo sviluppo di un setting valutativo. Esiste una circolarità tra il processo dell'invecchiamento ed eventuali disturbi della personalità. I disturbi della personalità influenzano sempre il processo di invecchiamento. Come precisato nelle linee guide APA per l'efficacia della psicoterapia, si sottolinea che non vi è più un limite di età per intraprendere trattamenti psicoterapeutici, in quanto, sulla base dei dati neuroscientifici relativi alla presenza di una intrinseca neuroplasticità, sappiamo che è possibile apprendere dall'esperienza fino alla fine della vita.

Raccomandazioni

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

2.12 Psicologia nell'assistenza primaria

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

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

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

Tali esperienze identificano nelle Case della Comunità il setting ideale per proporre una presenza integrata dello Psicologo con il livello dell'assistenza primaria (in stretta connessione con



i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta) e con il livello specialistico.

Le oramai diverse esperienze a livello nazionale che vedono uno stretto connubio tra MMG/PLS e Psicologo (Solano L. e al. 2010, 2011) mettono in evidenza, infatti, vantaggi concreti quali la possibilità di:

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

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

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

Tutto questo diventa ancora più importante a seguito della pandemia in corso. Nella fase acuta, il dilagare del COVID-19 ha messo fortemente sotto stress il sistema dell'emergenza/urgenza ed ha imposto la necessità di strutturare risposte rapide ad una domanda di supporto psicologico contingente e cogente. Le fasi post-acute della pandemia stanno già portando con sé l'aumento di forme di disagio conseguenti a quanto vissuto, in termini di esperienze stressanti o traumatiche e dalle ripercussioni sulla vita socioeconomica delle persone. In questo frangente diventa quindi ancora più urgente diffondere forme appropriate di risposta di carattere preventivo, di promozione delle risorse di resilienza dei singoli e dei gruppi sociali, di interventi focali sulle forme di disagio reattivo, diversamente costruite per popolazioni target.

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

Competenza specifico professionale dello Psicologo

Operare in questo ambito è particolarmente complesso in quanto la varietà e l'eccellenza delle richieste di salute portata dal cittadino è estremamente ampia disponendosi su di un continuum di crescente carico di complessità clinica e gravosità sociale con impatto da minimo a totalizzante sui livelli di salute, di qualità di vita, di produttività, dei costi sociali diretti ed indiretti del cittadino e dei familiari/prestatori di cura. Le risorse sono solitamente scarse, il tempo a disposizione è limitato e la



capacità di valutare e intervenire con prassi psicologiche in modo adeguato e qualitativamente elevato si rivela una competenza cruciale. E' fondamentale inoltre una buona conoscenza del territorio in cui si opera nonché una dettagliata conoscenza dei percorsi clinici di secondo livello presenti nella rete dei Servizi al fine di orientare ed accompagnare l'utenza in modo mirato ed appropriato rispetto all'offerta sanitaria e sociale garantendo la continuità delle cure e della presa in carico laddove necessario. Per tali motivi, i professionisti che operano in questo settore devono possedere competenze psicoterapeutiche, di Psicologia della salute e di comunità oltre che conoscere la realtà organizzativa all'interno delle quali operano, anche dal punto di vista del capitale sociale in essa esistente. Più nello specifico:

- capacità di leggere e identificare la domanda complessa del paziente/familiare/caregiver nelle sue diverse articolazioni (bio-psico-sociale) così come i fattori di vulnerabilità e protettivi;
- capacità di costruire un percorso di intervento a stadiazione (*stepped care*) per ogni area di disagio individuata con invii appropriati alla rete dei servizi di secondo livello;
- competenze nel lavoro di prossimità e nella strutturazione di interventi precoci integrati;
- competenze in progettazione, implementazione, monitoraggio e valutazione nell'area del lavoro di comunità.

Fanno parte delle attività specifiche di questo ambito:

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

La normativa nazionale prevede la presenza dello Psicologo nel team delle cure primarie in virtù dell'articolo 8 del D.lgs 502/92 nonché nel DM 77/2022, nel quale lo "Psicologo di cure primarie"



è inserito nella rete dei professionisti del territorio menzionati nella Casa di Comunità. L'attività di Psicologia di base nelle cure o assistenza primaria è coordinata nell'ambito della Funzione aziendale di Psicologia della ASL ed attuata in modo da assicurare la migliore sinergia operativa con le attività della medicina generale e pediatria di libera scelta, le attività delle Case di Comunità e distrettuali nonché con il complesso dei servizi sanitari e sociali.

Nel DM 77/2022 appare inoltre evidente il richiamo all'operato degli Psicologi ed il riconoscimento che gli Psicologi ambulatoriali (SAI) sono professionisti pienamente coinvolti anche nell'assistenza primaria, che sono parte integrante delle innovazioni in ambito gestionale, organizzativo e clinico, al centro degli obiettivi che il complesso riordino dell'assistenza territoriale si pone ad ogni livello. Tali figure fanno riferimento alla Funzione aziendale di Psicologia, come previsto dalla stessa legge 176/2020. Tali professionisti operano attraverso forme organizzative mono-professionali AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) previste dalla L.189/2012, presso sedi dell'Azienda, le UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) e presso le sedi delle AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta. Partecipano, inoltre, con gli specialisti ambulatoriali ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, promuovendo l'integrazione con tutte le altre figure del territorio per garantire la continuità assistenziale.

Raccomandazioni

L'applicazione di quanto fino qui enunciato richiede la volontà di perseguire con maggiore convinzione la strada dell'innovazione, superando un'impostazione meramente prestazionale della salute. Lo Psicologo che opera in questo ambito necessita di un mandato chiaro e l'inserimento in contesti organizzativi multiprofessionali integrati.

2.13 Disabilità e cronicità

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

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

Competenza specifico professionale dello Psicologo

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

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



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

In particolare, va garantita la possibilità di realizzare:

- interventi nell'area della prevenzione e modifica degli stili di vita rivolti a target specifici di popolazione, orientati all'intercettazione precoce e dalla motivazione al trattamento;
- approfondimenti diagnostici multidimensionali con particolare riferimento alle aree del funzionamento cognitivo e sociale, all'adattamento emotivo e comportamentale;
- valutazione dell'impatto delle condizioni di malattia sulla qualità della vita della persona e del nucleo familiare e dello stress del caregiver;
- valutazioni dei bisogni e delle motivazioni espresse dal paziente e dei suoi familiari in una prospettiva di partecipazione attiva alla stesura dei piani assistenziali e di vita;
- progettazione, conduzione e/o supervisione di interventi di comunità, psicoeducativi, supportivi, terapeutici focali, riabilitativi e di inclusione sociale realizzati direttamente dai Servizi Sanitari o in collaborazione con la rete assistenziale sociale e del volontariato;
- supporto emotivo, counseling, psicoterapia dell'individuo e della famiglia in merito specificatamente all'accettazione dello stato di malattia e delle perdite funzionali (lutto);
- supporto specifico all'individuo e dalla famiglia ove vengano espresse Direttive Anticipate di Trattamento e accompagnamento nelle patologie di fine vita;
- supporto psicologico e formazione agli operatori sanitari dedicati che operano e sono coinvolti nella gestione di percorsi terapeutici ad alto impatto traumatico nella gestione (frequenti comunicazioni di diagnosi infauste, gestione del disagio psicologico, accompagnamento al fine vita).

Raccomandazioni

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

2.14 Psicologia Ospedaliera

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

Tale approccio è riconosciuto dalla rete internazionale HPH (*Health and Promoting Hospitals and Health Services - OMS*) che si pone lo scopo di includere i concetti, i valori e gli standard di promozione della salute nella struttura organizzativa e nella cultura dell'ospedale, a beneficio del personale, dei pazienti e dei loro congiunti e sostenendo un ambiente sano. Dai dati di letteratura scientifica si evidenzia come l'intervento psicologico integrato nei percorsi di cura produce modifiche significative sull'aderenza alle terapie, migliorando la salute globale e la qualità di vita. Le evidenze sono riferite inoltre ad ulteriori obiettivi quali: rendere più efficace il lavoro nelle e delle unità operative



ospedaliera, evidenziare gli snodi dell'adozione ed applicazione delle procedure cliniche, favorire presso gli operatori delle medesime unità, la conoscenza dei diversi livelli (strutturale, organizzativo, affettivo, fantasmatico) del proprio contesto di lavoro, nonché aiutare i malati e le loro famiglie con interventi mirati. La Psicologia in ospedale opera per l'integrazione e l'umanizzazione a favore delle persone ricoverate, dei loro familiari/caregiver e del personale sanitario all'interno di un campo istituzionale saturo di esperienze traumatiche e traumatizzanti.

La ricognizione effettuata in ambito nazionale dal Ministero della Salute nel 2013 evidenzia uno scarso numero di psicologi ospedalieri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. Pur non essendo esaustiva, la rilevazione permette di fare una stima per difetto delle Unità Equivalenti di professionista Psicologo impegnate in ambito ospedaliero, che a livello nazionale corrispondono al valore di 2,2 (poco più di due tempi pieni) ogni 100mila abitanti.

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

Organizzazione e Prassi in Psicologia Ospedaliera

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

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

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

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

La dimensione organizzata e gestionale di un Servizio di Psicologia Ospedaliera garantisce inoltre il superamento di un'eccessiva frammentazione e dispersione del personale Psicologo (borsisti, stagisti, psicologi a contratto LP finanziati da associazioni di utenti e caregiver) e favorisce



una maggiore congruenza tra i bisogni del paziente e i bisogni del committente per un efficiente utilizzo delle risorse (che possono essere allocate in maniera flessibile e mobilitate in rapporto alle esigenze emergenti).

Ambiti di intervento in Psicologia Ospedaliera

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

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

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

Le attività che in modo trasversale vengono erogate sono:

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

Interventi psicologici in Pronto Soccorso

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato le nuove Linee Guida per le Attività di Pronto Soccorso, che contengono gli indirizzi nazionali per il nuovo Triage Intraospedaliero, per



l'Osservazione Breve e la gestione del sovraffollamento (2019).

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

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

Tipologia delle prestazioni psicologiche nel Pronto Soccorso

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

Competenza specifico professionale dello Psicologo

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

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

Competenze specifiche

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

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



specificità:

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

Raccomandazioni

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

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

2.15 Psicologia penitenziaria

Con il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie negli Istituti Penitenziari (DPCM 1/4/2008), lo Psicologo dell'Azienda sanitaria, è da considerarsi, analogamente a quanto accade nelle organizzazioni territoriali, integrata sia nell'Assistenza Primaria che nella Salute Mentale che nel Ser.D.

Lo Psicologo è presente anche come esperto ex art. 80 che, secondo l'ordinamento penitenziario è chiamato a svolgere una funzione valutativa in termini di "osservazione scientifica della personalità" oltre a promuovere il trattamento penitenziario.

Lo Psicologo dell'azienda sanitaria lavora all'interno di un'equipe multidisciplinare, favorendo una gestione efficace dei casi complessi e la circolarità delle informazioni, con particolare attenzione alla pianificazione di progetti di cura atti a favorire ed implementare le risorse dei soggetti e prevenire il rischio suicidario; così come alla pianificazione di interventi sulla comunità carceraria e/o di promozione della salute.



Come previsto dall' art. 13, L. 354/75 "Il trattamento penitenziario deve rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto, incoraggiare le attitudini e valorizzare le competenze che possono essere di sostegno per il reinserimento sociale".

Il lavoro dello Psicologo in questo ambito, infatti, richiederebbe piena integrazione nelle forme organizzative e assistenziali, mono e pluri-professionali, condivisione di protocolli e di procedure di comunicazione/collaborazione tra le diverse aree operative del contesto detentivo, di un modello di rete per potenziare le attività trattamentali e l'offerta in questo senso, centrali per il benessere dei detenuti e non esclusivamente, come è nella prassi, dei detenuti segnalati come a rischio di gesti autolesivi o con una patologia psichiatrica.

Competenza specifico professionale dello Psicologo

Lo Psicologo clinico accompagna e sostiene l'individuo durante le diverse fasi della carcerazione nella progettazione e realizzazione del piano terapeutico riabilitativo individualizzato, in stretto raccordo con l'intera équipe multiprofessionale, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 22 giugno 1999 n.230 (art.1 comma 2 lettera a) "livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi" e lettera d) "interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale"):

- **Accoglienza:** la fase di accoglienza così come predisposta nel "Percorso clinico-assistenziale delle persone detenute (circolare regionale Direzione generale sanità e politiche sociali n. 15/2012), non si limita alla visita di primo ingresso, ma prevede un periodo di tempo di 14 giorni, in cui oltre alla valutazione dello stato complessivo di salute, si può rilevare l'eventuale presenza di particolari condizioni di disagio da sottoporre all'attenzione dell'équipe multiprofessionale. il processo di valutazione individualizzato è condotto mediante colloquio clinico e specifici strumenti di rilevazione: stato psichico ed emotivo, ambito relazionale e sociale, abuso di sostanze, aspetti connessi all'impulsività quali le condotte etero e auto aggressive, l'adesione, la consapevolezza, la progettualità e la cura di sé. Ad esempio, nel 1987 con circolare n°3233/5689 è stato istituito il servizio psicologico "Nuovi giunti" tutt'ora in essere. All'interno di questo servizio lo Psicologo rivestiva un ruolo di estrema importanza in quanto doveva valutare i rischi di autolesionismo e di suicidio del detenuto nuovo giunto permettendo così l'adozione di misure precauzionali atte a scongiurare la messa in atto di gesti autolesivi.
- **Dipendenze:** se viene valutata la presenza di dipendenza abuso da alcool o da sostanze sarà lo Psicologo del Ser.D che prende in carico il detenuto, ad es. pazienti tossicodipendenti, che per le frequenti situazioni di co-morbilità e l'alta incidenza di disadattamento richiedono interventi mirati. Inoltre, la prospettiva di un ingresso in comunità in misura terapeutica alternativa alla detenzione rende spesso necessario un lavoro sulla motivazione
- **Detenzione:** in particolari situazioni di disadattamento alla condizione detentiva, di disagio intrapsichico e/o di problematiche per le quali è stato ipotizzato un rischio suicidario, viene attivato un percorso individualizzato (colloqui di sostegno e di counselling) di tipo riabilitativo. In alcuni casi è invece necessaria una presa in carico di tipo terapeutico. Particolare attenzione viene posta ai casi complessi. Oltre a ciò, lo Psicologo collabora alla realizzazione di interventi di gruppo che mirano ad obiettivi di promozione e di consolidamento di competenze relazionali, adiuvanti la salute e a rinforzo della progettualità.
- **Dimissione dall'istituto:** viene svolta una funzione di supporto nelle situazioni di crisi attraverso colloqui individuali di sostegno e/o attività in gruppo.
- **Promozione della salute:** all'azione integrata dei professionisti dell'assistenza primaria e degli specialisti ambulatoriali si è affiancata una nuova figura che opera all'interno dell'équipe sanitaria e, in collaborazione con questa, al fine di favorire nella persona detenuta stili di vita



sani e una maggiore attenzione al proprio benessere anche in un contesto come quello dell'istituto penitenziario.

Raccomandazioni

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

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

2.16 Salute organizzativa

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

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

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

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

Il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha emanato, nell'ambito dei programmi nazionali correlati alla gestione del rischio, una raccomandazione (Racc. n°8/2007) per prevenire i comportamenti aggressivi e viene chiesto alle Aziende Sanitarie di *"assicurare un appropriato supporto per superare il trauma, anche attivando un sostegno psicologico agli operatori che, a seguito di violenza, potrebbero manifestare vari disagi, come il disturbo post traumatico da stress, il timore di rientro al lavoro, un cambiamento nei rapporti con colleghi e familiari etc."*



Competenza specifico professionale dello Psicologo

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

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

Le linee di azione principali sono:

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

Raccomandazioni

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

2.17 Emergenza e catastrofi

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

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

Competenza specifico professionale dello Psicologo

Lo Psicologo che opera in contesti emergenziali necessita di una formazione specifica in



Psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia.

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

Inoltre, è necessario possedere competenze professionali nell'applicazione di tecniche mirate di intervento e supporto psicologico in fase peri-traumatica e post-traumatica che consentano di stabilizzare, di prevenire o ridurre l'impatto traumatico dell'evento e di trattare e risolvere in modo focale eventuali esiti post traumatici.

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

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

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

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

Raccomandazioni

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



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

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

2.18 Standard

Il dato relativo alla dotazione di dirigenti psicologi complessiva nel SSN, rilevata dagli Annuari Statistici del Ministero della Salute, evidenzia che nell'arco del quinquennio 2013 al 2017 in Italia si assiste ad una diminuzione totale di n. 506 unità di personale. Nel 2013 gli psicologi in forza erano in totale di 5.675 con un dato medio nazionale di n. 9,5 unità/ 100000 abitanti, a fronte di una riduzione nel 2017, che si stabilizza in un dato medio di n. 8,5 unità di psicologo/100.000 abitanti. Tra il 2017 ed il 2020 si è assistito ad una progressiva stabilizzazione del numero di psicologi nel SSN, con riduzione degli psicologi dipendenti a tempo indeterminato ed un corrispettivo incremento degli psicologi con rapporto di convenzionamento con il SSN (v. tabella 1).

Tabella 1. Psicologi dipendenti a tempo indeterminato strutture pubbliche (*) e psicologi convenzionati con il SSN

ANNO	2017	2018	2019	2020
Psicologi dipendenti a <u>TEMPO INDETERMINATO</u> Strutture SSN (fonte: Conto annuale)	5.221	5.083	4.973	4.856
Psicologi con rapporto di convenzionamento con il SSN (fonte: SISAC)	1.191	1.248	1.337	1.466

(*) Le strutture pubbliche sono: ASL, strutture ospedaliere pubbliche (Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici), ESTAR Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta – Toscana, ISPO, ARES Lazio, AREU e AGENZIA CSS Lombardia, ISPO, AZIENDA ZERO Veneto, A.Li.Sa

Nella ricerca della Lega Consultori presentata presso l'Istituto Superiore di Sanità per i 40 anni dell'istituzione del servizio consultoriale in tutte le regioni, la figura dello psicologo è stata definita con un rapporto di 2,38/100.000 abitanti per le sole attività individuate dalla legge 405/1975, purtroppo solo poche regioni riescono a soddisfare questo standard. Benché oggi i consultori siano sempre più coinvolti in ambito giudiziario per le separazioni conflittuali in cui sono coinvolti minori.

Per quanto riguarda la Psicologia Ospedaliera la ricognizione effettuata in ambito nazionale dal Ministero della Salute nel 2013 evidenzia all'oggi uno scarso numero di psicologi ospedalieri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, con un rapporto di 2,2 UE ogni 100.000 abitanti.

Da una stima relativa all'indagine effettuata dal CNOP nel 2014 sulla dotazione organica di psicologi attivi nell'assistenza distrettuale "assistenza psicologica, domiciliare, territoriale" si conferma una difformità rilevante a livello regionale: dalla presenza sul territorio di n. 17,3 unità di psicologo/100.000 abitanti nella regione Trentino Alto Adige a n. 5,7 unità di psicologo /100.000 abitanti in regioni come la Lombardia e il Piemonte. Anche questo dato può naturalmente risentire della differente organizzazione regionale/provinciale della sanità, tuttavia rappresenta un dato sul quale riflettere.



Uno studio effettuato dal CREA sul fabbisogno di Psicologi per il trattamento psicoterapico dei più comuni disturbi psicologici, come ansia e depressione, secondo i parametri di efficacia definiti a livello nazionale internazionale, risulta essere di uno psicologo ogni 1.500 abitanti (CREA 2019).

Guardando ai dati di alcune regioni emerge, ad esempio, che in Emilia Romagna il rapporto generale tra popolazione e professionisti del servizio pubblico è di circa 14,7 Unità Equivalenti (U.E.) di personale psicologo ogni 100 mila abitanti di cui il 67% è inquadrato con contratto dipendente a tempo indeterminato, il 15% con contratto dipendente a tempo determinato (compresi gli specialisti ambulatoriali), il personale precario corrisponde circa al 18% del totale (10% liberi professionisti; 8% borse di studio o altre forme contrattuali). Per la psicologia ospedaliera, pur non essendo esaustiva, la rilevazione permette di fare una stima per difetto delle Unità Equivalenti di professionista psicologo impegnate in ambito ospedaliero, che a livello regionale corrispondono al valore di 2,2 (poco più di due tempi pieni) ogni 100 mila abitanti.

A questi si aggiungono (previsione della Regione Emilia Romagna) 2-4 UE per Distretto in previsione dell'attivazione delle case di comunità. Lo standard complessivo previsto è pari al 19,9 UE ogni 100.000 abitanti. Per l'ambito ospedaliero lo standard minimo previsto è di 4 psicologi per stabilimenti di base, 6 psicologi per stabilimenti di I livello, 8 psicologi per stabilimenti di II livello. L'articolazione degli standard in Friuli è invece così determinata.

Psicologi clinici Area emergenza e cure intensive	1 ogni 100-120 trapianti d'organo o di midollo (3.800*) 1 ogni 50-60 PL di Terapia intensiva (7.000/10.000*) 1 ogni 100-120 PL semi-intensivi (8.400*)
Area della cronicità	1 ogni 500 pazienti oncologici trattati per anno (3.600.000/2.000.000*) 1 ogni 80-100 pazienti in dialisi (50.000*)
Area riabilitativa	1 ogni 50-60 PL di riabilitazione intensiva 1 ogni 1.500 pazienti trattati ambulatorialmente 8'/die per paziente in <i>hospice</i>
Area della salute mentale	1 ogni 30-40.000 abitanti > 18 anni (50.000.000*)
Dipendenze	1 ogni 35-40.000 abitanti
Distretti	1 ogni 20-30.000 abitanti

* proiezione nazionale

La stima effettuata in base ai LEA e alla più recente normativa dalla Consulta delle società scientifiche di area psicologica e ripresa nel documento "Per una sanità delle persone" presentato al Ministero della Salute nel giugno 2021 è invece sotto riportata. La stima è articolata in base alle aree di attività

Ambito Territoriale (rif. art. 2, 4, 22, 23, 24, 27, 29, 31, 34, 59 LEA)

Per assicurare queste attività è necessario prevedere la presenza degli Psicologi nelle Case della Comunità e nell'assistenza domiciliare. Sulla base della rilevazione effettuata sui carichi di lavoro sulla media dei servizi e sugli standard internazionali per questo ambito si prevede uno standard di 1 psicologo ogni 9000 abitanti quale parametro minimo.

Servizi Specialistici (rif. art. 25, 26, 28, 32, 33, 35, 60 LEA)

Sulla base della rilevazione effettuata sui carichi di lavoro sulla media dei servizi e sugli standard internazionali per questo ambito si prevede uno standard di 1 psicologo ogni 11000 abitanti quale parametro minimo.



Ambito ospedaliero

Il fabbisogno minimo di personale per l'ambito ospedaliero dell'Area Funzionale di Psicologia (o Area Funzionale di Psicologia Ospedaliera nelle Aziende Ospedaliere) è di n. 4 dirigenti psicologi. Tale numero deve essere considerato come "metabolismo basale minimo" e deve tener conto:

- a) della complessità degli ospedali di riferimento;
- b) del numero e della tipologia delle attività svolte.

Tabella di standard del personale dirigente psicologo ospedaliero

Tipologia	Ospedale di Base *	Presidi di I livello **	Presidi di II livello ***
Presenza necessaria	1 Turno	1 Turno	1 Turno
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000 – 300.000	600.000 – 1.200.000
Dirigenti psicologi	Minimo 4 (con un massimo di 6)	Minimo 6 (con un massimo di 10)	Minimo 8 (con un massimo di 12)

Ambito organizzativo

Sulla base della rilevazione effettuata sui carichi di lavoro sulla media dei servizi per questo ambito si prevede uno standard di 1 psicologo ogni 70.000 abitanti quale parametro minimo.

Principali riferimenti tecnici e normativi del capitolo

- WHO. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Geneva: World Health Organization; 2020. (WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1) www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf)
- Istituto Superiore di Sanità Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025
- Legge 17/07/2020 n.77 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (Decreto Rilancio)
- DL 30 aprile 2019, n.35 (Decreto Calabria)
- L.R. 5 dicembre 2018, n.19, Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria
- Nuovo patto per la salute 2019-2021 – Ministero della Salute
- LG per le Attività di Pronto Soccorso (Conferenza Stato-Regioni 1° agosto 2019)
- Legge 219/17 "Disposizioni Anticipate di Trattamento e Condivisione di Interruzione di Cura"
- Piano Nazionale Cronicità. Ministero della Salute 2017
- Legge n.24/2017 "Disposizioni in materia di Sicurezza delle Cure della persona assistita, nonché in materia di Responsabilità professionale degli Esercenti le Professioni Sanitarie"
- Documento del comitato nazionale bioetica "In difesa del Sistema Sanitario Nazionale", gennaio 2017
- Piano Oncologico Nazionale. Ministero della salute, 2016
- Decreto 28 dicembre 2016 "Procreazione Medicalmente Assistita"
- LG Chirurgia Bariatrica (SICOB 2016)



- LG sul Trattamento di HIV/AIDS (Ministero della Salute 2016)
- LG per la Salute Mentale della Donna in Gravidanza e nel Post-Partum (Evidence 2015)
- LG per le Attività di Genetica Medica (Accordo 15 luglio 2014- Conferenza Permanente Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano)
- Rapporto FAVO “6° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici” 2014
- Modalità Organizzative ed Assistenziali della Rete dei Centri di Senologia (maggio 2014)
- LG sulla Cura del Diabete nei Bambini e negli Adolescenti (ISPAD 2014)
- LG per Comunicare e Gestire gli Eventi Avversi in Sanità (Ministero della Salute, giugno 2011)
- Standard, Opzioni e Raccomandazioni per una Buona Pratica Psico-Oncologica (SIPO 2011)
- LG sul Dolore del Bambino (Ministero della Salute 2010)
- Legge 38/2010 “Terapie del Dolore e Cure Palliative”
- HPH (Health and Promoting Hospitals and Health Services) OMS 2007.
- LG sulla Salute Mentale e il Supporto Psicosociale nei contesti di Emergenza (IASC 2007)
- LG Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica (SIC, GIRC, ANMCO, FIMMG, 2006)
- Linee Indirizzo Ministero della Salute GLISPITO “Gruppo di lavoro italiano sugli aspetti psicologici e psichiatrici dei trapianti d'organo” 2005
- LG per la Consulenza dell'Infertilità (Ordine Nazionale Psicologi 2004)
- LG per il Trapianto Renale da donatore vivente e da cadavere (Centro Nazionale Trapianti, ISS, G.U.n.144 del 21 giugno 2002)
- LG Unità Spinali (2002)
- LG per l'Oncoematologia Pediatrica (Dipartimento Prevenzione, Commissione Oncologica Nazionale, Ministero della Salute, G.U. del 7 ottobre 1999)
- Legge 1° aprile 1999, n.91 “Disposizioni in materia di Prelievi e di Trapianti di Organi e di Tessuti” G.U.n.87 del 15 aprile 1999
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025
- La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i. INAIL 2017.
- Stress lavoro-correlato. Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della lettera circolare del 18 novembre 2010 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro 2012).
- Decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106 Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Ministero della Salute, 2007.



Capitolo 3

PERCORSI E PROCESSI DI INTERVENTO



3.1 Gli Standard Qualitativi delle Strutture di Psicologia: la Check-list

Al momento non esiste in Italia un documento unico e condiviso che fornisca standard qualitativi e organizzativi per le Strutture di Psicologia del SSN. Questo documento definisce i criteri e i fattori di qualità di base delle Strutture di Psicologia operanti a livello territoriale e/o ospedaliero, anche alla luce delle indicazioni della L.176/2020 (art. 20 bis) sulla possibilità di organizzazione dell'attività degli psicologi del SSN, dipendenti e convenzionati, in un'unica funzione aziendale.

Viene proposta una Check-List che va incontro alle esigenze di verifica del funzionamento delle Strutture di Psicologia e facilitare una loro comparazione, relativamente all'appropriatezza organizzativa. In prima istanza, quindi, l'uso di una Check-List è quella di fungere da strumento valutativo interno ma anche di confronto tra Strutture (*benchmarking*).

Ci si è posti l'obiettivo di individuare una prima lista di criteri di qualità organizzativa riguardanti il Servizio di Psicologia nelle tre macro dimensioni: della struttura, dei processi gestionali, di integrazione delle attività e del sistema qualità, all'interno del quale trova posto l'orientamento alla valutazione degli esiti e dei risultati delle attività. Ciò che qualifica il sistema di valutazione sono senz'altro i requisiti da soddisfare che sono definiti e declinati, di volta in volta, in criteri.

LA CHECK-LIST *

Livelli Essenziali di Organizzazione	Requisiti da soddisfare
1. FUNZIONE AZIENDALE DI PSICOLOGIA (L.176/2020)	<p>a) Assicurare l'esistenza e l'applicazione di un formale mandato istituzionale che definisca le funzioni e le attività svolte dalla Funzione aziendale di Psicologia.</p> <p>b) Assicurare l'esistenza della documentazione formalizzata con la quale la Direzione di Funzione aziendale di Psicologia definisce la sua missione, le politiche complessive, gli obiettivi e l'organizzazione interna.</p> <p>c) Assicurare l'esistenza della documentazione con cui la Direzione della Funzione aziendale di Psicologia definisce il ruolo e le responsabilità organizzativo-gestionali degli psicologi, delle eventuali articolazioni interne e la definizione generale delle funzioni loro assegnate.</p> <p>d) Assicurare l'esistenza della documentazione con cui la Direzione della Funzione aziendale di Psicologia definisce i percorsi di accesso dell'utenza alle prestazioni degli psicologi nei contesti di erogazione.</p>
2. DEFINIZIONE DELLE ATTIVITÀ PSICOLOGICHE	<p>Esiste un documento che definisce le attività e le prestazioni psicologiche erogate dalla Funzione aziendale di Psicologia di Psicologia</p>
3. IL PIANO DI LAVORO	<p>La Direzione della Funzione aziendale di Psicologia definisce annualmente il piano di lavoro (all'interno del processo di budget)</p>



4. L'ACCESSIBILITÀ DELLE INFORMAZIONI	<i>La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza che specifichi tipologia delle prestazioni, operatori responsabili, modalità di accesso ed orari.</i>
5. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	<i>a) La Direzione della Funzione aziendale di Psicologia definisce il fabbisogno di personale in rapporto ai volumi e tipologia di attività, secondo i criteri specificati dalle normative vigenti e gli obiettivi assegnati. b) Tutti i ruoli e posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente. c) Un documento formale riconosce le attività di tirocinio e viene garantita, agli psicologi tirocinanti ex legge 16/2021 e agli specializzandi in formazione, un'adeguata esperienza pratica e la supervisione da parte del tutor mediante la produzione ed applicazione di apposita Linea Guida organizzativa. Nello stesso documento la Direzione di Struttura definisce formalmente il numero di ore lavorative annue che ogni Psicologo sarà autorizzato a dedicare allo svolgimento delle attività di tutoring e supervisione per ogni singolo tirocinante e/o specializzando. Le ore dedicate all'attività di tutoring/supervisione, già riconosciute dalla normativa vigente come crediti ECM, potranno venire sostenute da ulteriori incentivi (economici e/o di carriera) definiti dalla Direzione della Struttura.</i>
6. LA FORMAZIONE	<i>Esiste la documentazione che definisce il piano di formazione-aggiornamento degli psicologi, l'organizzazione delle riunioni di servizio e delle attività di ricerca e di insegnamento.</i>
7. L'INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE	<i>Esiste un documento in cui la Direzione formalizza l'attività e le funzioni degli psicologi che operano stabilmente all'interno di gruppi di lavoro multidisciplinare in risposta a bisogni complessi dell'utenza* (vedi Matrice 3 negli allegati)</i>
8. GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE	<i>La Direzione prevede specifiche procedure di programmazione di acquisti e di inventario degli strumenti valutativi e psicodiagnostici (questionari, reattivi psicometrici e di personalità) e di eventuale tecnologia software, necessaria per l'assistenza psicologica.</i>
9. GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI PROCESSI, LINEE GUIDA E	<i>a) La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che</i>



PERCORSI CLINICI	<p><i>consentano l'attivazione di attività valutative, di monitoraggio e miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni psicologiche.</i></p> <p><i>b) Nella struttura organizzativa è favorito l'uso di linee guida e percorsi clinici condivisi, per stimolare una buona pratica clinica nei processi di assistenza psicologica più rilevanti o ritenuti prioritari.</i></p> <p><i>c) Viene assicurata l'esistenza e l'applicazione di linee guida finalizzate alla definizione di un percorso diagnostico omogeneo ed appropriato clinicamente nei confronti dei principali quadri nosografici che afferiscono al Servizio.</i></p> <p><i>d) Nella struttura si applicano linee guida e si utilizza l'attività di monitoraggio e valutazione dell'efficacia clinica degli interventi psicoterapeutici.</i></p> <p><i>e) Devono essere predisposti analoghi documenti per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>-criteri e modalità di accesso e presa in carico terapeutica dell'utente (liste di attesa etc ..);</i><i>- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti l'attività sanitaria.</i>
10. SISTEMA INFORMATIVO	<p><i>Assicurare la possibilità di governo clinico della struttura attraverso l'esercizio di una coerente e continua capacità di monitoraggio delle funzioni assistenziali, mediante l'esistenza di un sistema informativo. Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito secondo parametri omogenei, condivisi, e quindi confrontabili, a livello nazionale.</i></p>

(*) La presente tabella è una sintesi e adattamento del documento completo, citato nei riferimenti (SIPSOT, 2009)

Per quanto riguarda la lettera "c" del punto 5 della tabella, relativamente alle attività di tirocinio per i corsi di laurea e di specializzazione in psicologia si rappresenta la necessità, tenendo conto della legge 3/2018 (pieno riconoscimento della professione psicologica quale sanitaria) e della legge sulla laurea abilitanti (Decreto Interministeriale n. 567 del 20 giugno 2022), della necessità di prevedere, nelle forme opportune, accordi e convenzioni tra i soggetti interessati (Università, Regioni, Ministeri, Ordine professionale) per consentire le modalità più adeguate e funzionali alla effettuazione di parte dei tirocini nell'ambito del SSN.



3.2 Indicatori e Sistema Informativo delle Strutture di Psicologia

Lo sviluppo dei Servizi di Psicologia nel SSN si pone, all'interno della logica aziendale, sull'asse risorse-risultati. Per conoscere, indirizzare e regolare le funzioni assistenziali della Psicologia, si individuano alcuni indicatori di base per misurare e valutare l'attività delle Strutture di Psicologia.

Un indicatore è un parametro, o un valore derivato da parametri, capace di fornire indicazioni relative ad uno specifico fenomeno, in grado di darne una spiegazione sintetica. La definizione di indicatori standard, consente inoltre di effettuare *benchmarking* tra servizi e produrre rendicontazioni omogenee a livello nazionale. Un esempio, potrebbe essere costituito dal tempo medio per la presa in carico nei servizi di Psicologia italiani, parametro purtroppo attualmente non ricavabile dai dati a disposizione. In UK, nell'ambito del noto progetto IAPT, tale variabile rappresenta uno degli standard di riferimento nazionale delle performance dei servizi, ed è attualmente collocato entro le sei settimane dalla richiesta/invio dell'utente. In una fase preliminare, con l'auspicio di giungere quanto prima alla definizione di uno standard italiano attendibile, potrebbe essere utile considerare, pur con le debite cautele, un confronto con il parametro inglese come iniziale riferimento. In prospettiva, la rilevazione sistematica dei dati potrà consentire di rilevare, oltre ad un valore medio nazionale italiano dei tempi medi di presa in carico, standard di attesa articolati secondo criteri di priorità clinica e differenziati in base alle specificità dei diversi contesti assistenziali.

GLI INDICATORI

Gli indicatori proposti sono suddivisi per aree omogenee (cinque in tutto) sulla base della tipologia delle informazioni che forniscono:

1. **Indicatori di utenza**
2. **Indicatori di struttura**
3. **Indicatori di accessibilità**
4. **Indicatori di processo**
5. **Indicatori di costo**

1. Indicatori di utenza

Questi indicatori forniscono informazioni relative ad alcune caratteristiche socio-demografiche ed ai bisogni psicologici presentati dall'utenza afferita ai servizi di Psicologia. Ad esempio:

- **Utenti in carico per età e sesso**

L'indicatore fornisce il numero di utenti suddivisi per sesso e fasce d'età

- **Utenti in carico per patologia/problema (codici F e Z dell' ICD-10)**

L'indicatore fornisce il numero di utenti raggruppandoli per patologia

- **Utenti in carico per modalità di accesso**

L'indicatore fornisce il numero di utenti raggruppandoli per modalità di accesso

- **Utenti per residenza**

L'indicatore fornisce il numero di utenti suddivisi per residenza

- **Utenti per cittadinanza**

L'indicatore fornisce il numero totale di utenti suddivisi per cittadinanza

2. Indicatori di struttura

Forniscono informazioni "statiche" e di volume dei dati presi in considerazione. Ad esempio:

- **N° utenti inviati**



- **N° utenti in carico (e % rispetto agli inviati)**
- **N° nuovi utenti**
- **N° utenti per funzioni**
- **N° utenti per operatore**
- **N° di prestazioni** (allegato A1 - Elenco prestazioni psicologiche)
- **N° di interventi** (allegato A2 - Elenco interventi ed attività psicologiche)

3. Indicatori di accessibilità

Orientano a considerazioni rispetto alla possibilità di accedere al servizio e di fruirne delle prestazioni. Ad esempio:

- **Tempo per presa in carico** (ed, eventualmente, in una fase preliminare, ad esempio % accesso entro 6 settimane, secondo parametro IAPT- UK)

L'indicatore fornisce il numero medio di giorni che intercorre tra il primo contatto e la presa in carico.

- **Durata media della presa in carico**

L'indicatore fornisce la distribuzione del numero medio di sedute per i trattamenti conclusi nel periodo considerato.

- **Turn-over**

Fornisce la percentuale di nuovi utenti in carico per anno

4. Indicatori di processo ed esito

4. Rimandano ad una rappresentazione "dinamica" dei dati attraverso la messa in relazione ed il confronto tra indicatori diversi. Ad esempio:

- **N. utenti che hanno completato un trattamento**
- **Utenti in carico per tipologie di intervento ed esito** (%: *moving to recovery*³, *Reliable Change (RC)*⁴, *Reliable and Clinically Significant Improvement (RCSI)*⁵ (Jacobson & Truax, 1991))
- **Nuovi utenti per tipologie di intervento ed esito** (%: *moving to recovery*, *RC*, *RCSI*)
- **Percentuale di utenti con miglioramento del funzionamento sociale a fine trattamento e nei diversi monitoraggi di follow-up** (vedi, ad esempio, indicazioni in Tab. 3 di *Strumenti di misurazione dell'esito e del cambiamento*);
- **Prestazioni per presa in carico**

Fornisce la distribuzione degli utenti in base al numero di prestazioni erogate

- **Prestazioni per tipologia di intervento** (anche eventualmente numero sedute online)
- **Prestazioni per area funzionale ed età dell'utenza** (vedi tabella.2)
- **Integrazione attività psicologiche**

Fornisce la percentuale di utenza trattata a livello multiprofessionale sul totale degli utenti

- **Drop-out**

Fornisce la percentuale di soggetti che hanno interrotto il trattamento o la presa in carico in maniera unilaterale e non concordata

³ **Moving to recovery**: quando un soggetto clinico (caseness) con valori in ingresso sopra cut-off, conclude il trattamento con valori sotto cut-off (not-caseness).

⁴ **Reliable Change**: quando la diminuzione del punteggio in uscita rispetto al quello di ingresso non è dovuta ad errore di misurazione ma rispetta i parametri del cambiamento affidabile (RC) dello strumento

⁵ **Reliable and Clinically Significant Improvement** (Cambiamento affidabile e clinicamente significativo): quando il punteggio in uscita soddisfa i criteri del cambiamento affidabile che la riduzione dei punteggi al di sotto del cut-off



5. Indicatori di costo

• **Costo medio della presa in carico**

L'indicatore fornisce il costo medio della presa in carico per utente.

RACCOMANDAZIONI PER LA REGISTRAZIONE DEI DATI

In attesa della realizzazione della prospettiva ottimale di una rete informatica/portale dedicata, che consenta l'agevole registrazione e confronto dei dati di tutte le prestazioni erogate dagli Psicologi, si raccomanda l'utilizzo di un foglio elettronico con funzioni di database che preveda la rilevazione di almeno gli indicatori su descritti, come standard di base, omogeneo per tutti i servizi del SSN.

3.3 Strumenti di misurazione dell'esito e del cambiamento (Evans C, Carlyle JA, 2021)

Di seguito, un'introduzione sintetica alle diverse categorie delle misure di esito e cambiamento in cui verranno prese in considerazione, a titolo puramente esemplificativo, alcune misure nel dettaglio per esplorare i problemi quando si seleziona uno strumento. Nelle tabelle sono elencate una serie di misure comunemente utilizzate, con particolare riferimento a quelle di utilizzo gratuito, ritenendo che la maggior parte degli psicologi e psicoterapeuti del SSN non sarà in grado di sostenere costi di riproduzione significativi. Il fatto che venga citata una misura specifica non significa non che sia migliore delle altre, così come il fatto che una misura non sia presente non indica che non sia adeguata. Non esistono misure perfette e nessuna è ottimale per tutti gli usi.

Le categorie di misure di cui parleremo, sono:

- per specifiche modalità terapeutiche e generali;
- per gruppi di utenti;
- per 'area problematica';
- sulla Qualità della vita.

Strumenti di misura per specifiche modalità terapeutiche e generali

Pur comprendendo l'esigenza di avere misure di cambiamento specifiche per una particolare modalità di approccio teorico, bisogna considerare che questa scelta potrebbe complicare il confronto dei risultati con altri modelli. Detto questo, esistono evidentemente modalità di intervento che possono rendere necessario uno specifico strumento di misura: per esempio, nel lavoro familiare/sistemico, dove l'attenzione è rivolta alla salute e al funzionamento del sistema, e non a quella di un singolo componente, è indispensabile disporre di misure per valutare la relazione della famiglia/coppia, sebbene ciò non precluda anche chiedere di se stesso a ciascun membro della famiglia attraverso una misura generale. Gli strumenti generali/panteorici facilitano le comparazioni sui risultati dei trattamenti.

Tabella 1 Strumenti di misura per specifiche modalità terapeutiche e generali

Modello	Strumenti di misura	Note
	PHQ-9	Misure obbligatorie del minimum dataset IAPT, gratuite, anche in italiano
	GAD-7	



Focalizzato sulla diagnosi sulla presenza e gravità di sintomi psicopatologici	SCL-90-R	Non gratuito, lungo, scale multiple, in italiano
	HADS	Gratuito, in italiano, due scale per ansia e depressione in contesto ospedaliero
CBT	BDI-I & BDI-II	Nati dal lavoro di Beck nello sviluppo della CBT, non gratuiti
Psicodinamico/analitico	Attachment Measures	L'Adult Attachment Interview non è stata progettata come misura di esito ed il suo utilizzo è problematico in questo senso. I questionari sull'attaccamento non hanno una buona correlazione e andrebbero usati con cautela.
	SWAP-200	Misura della personalità valutata dal terapeuta, anche in italiano, difficilmente applicabile nella misurazione routinaria per la sua lunghezza.
Familiare/sistemico	SCORE-15	Gratuito, in italiano
Generale/panteorico	CORE-OM	Gratuito, in italiano, varie lunghezze ed età (CORE-5, CORE 10, GP-CORE, YP-CORE, CORE-6D)
	GHQ	Non gratuito, varie lunghezze, di cui una breve a 12 items
	OQ	Non gratuito, varie scale
	Compass	Non gratuito, varie scale
	WSAS	Work and Social Adjustment Scale. Con il PHQ-9 e il GAD-7, fa parte del minimum dataset IAPT
Misure generate dall'utente e ibride	PSYCHLOPS	Gratuito, breve, in italiano. Versione per adulti, adolescenti e bambini
	Personal Questionnaire	Generato dall'utente. Lungo, difficilmente applicabile nella misurazione routinaria
	Goal Based Outcome (GBO) Tool	Basato sugli obiettivi di trattamento concordati con l'utente. In italiano, gratuito.

Strumenti di misura focalizzati su particolari gruppi di utenti

La Tabella 2 fornisce una semplice suddivisione, compresi alcuni gruppi con esigenze particolari.



Tabella 2 Strumenti di misura focalizzati per gruppi di utenti

Gruppi di utenti	Strumenti di misura	Note
Adulti in genere	Tutti quella della tabella 1	
Adulti con bassa scolarizzazione	Attualmente nessuna	
Adulti sordi		Attualmente nessuno in italiano
Adulti non vedenti		Attualmente nessuno in italiano
Adolescenti	YP-CORE	Gratuito, breve, disponibile in italiano
	Y-OQ	Non gratuito, parte del OQ system
	SDQ	Gratuito e in italiano. Versione per minore, genitori/caregivers, personale scolastico
	PSYCHLOPS Adolescenti	Gratuito, in italiano
Sogg. Disabilità cognitive	LD-CORE	Gratuito, non esiste adattamento italiano
	CBS-QoLD	Non gratuito, in italiano
	MMSE	Non gratuito, in italiano
	MoCA	Gratuito, in italiano
Caregivers	CBI	Gratuito, in italiano
Bambini	SDQ	Gratuito e in italiano. Versione per minore, genitori/caregivers, personale scolastico
	PSYCHLOPS Bambini	Gratuito, in italiano

Strumenti di misura per area problematica

La tipologia per modalità si sovrappone a quella dei problemi, tradizionalmente dominata da un focus sulle diagnosi psicopatologiche, sebbene chiaramente i domini dei problemi non debbano essere equiparati alle diagnosi.

Tabella 3 Strumenti di misura per area problematica

Area	Strumenti di misura	Note
------	---------------------	------



Depressione	PHQ-9	Gratuito, usato in IAPT
	BDI-I e BDI-II	Non gratuite, basati sulla CBT
	HADS	Gratuito, in italiano, due scale per ansia e depressione in contesto ospedaliero
Ansia	GAD-7	Gratuito, usato in IAPT
	IAPT phobia scales	Usato in IAPT, non esiste adattamento italiano
	BAI	Non Gratuito, basato sulla CBT
	HADS	Per l'utilizzo in contesto di problemi fisici
Disturbi Ossessivo-Compulsivi	OCI	Usato in IAPT, in italiano
Funzionamento interpersonale	IIP	Non gratuito
	PRO-Q	Gratuito
Funzionamento sociale e lavorativo	WSAS	Gratuito, in italiano, usato in IAPT
	CORE OM : Dominio "Funzionamento"	Gratuito, in italiano
Disturbi Alimentari e dell'immagine corporea	EAT	Gratuito, disponibile in italiano
	BSQ	Gratuito, disponibile in italiano

Strumenti di misura della qualità della vita

Un approccio alla misurazione della QoL per le terapie è, per esempio, il CORE-6D: un punteggio del CORE-OM, che fornisce un punteggio in termini di "anni di vita adattati per la qualità" (QALY), un concetto molto utilizzato in economia sanitaria. I punteggi QALY del punteggio CORE-6D di un CORE-OM, sono una ponderazione dell'attuale qualità della vita del soggetto.

Una misura generale e panteorica: il CORE-OM

Il CORE-OM, sviluppato nel 1995, è un questionario self-report di 34 items, specificamente progettato per misurare il cambiamento in qualsiasi forma di terapia psicologica e panteorica. È stato sviluppato dopo aver esaminato altre misure esistenti che, ad eccezione del GHQ (questionario generale sulla salute), erano specifiche per problemi o incentrate sulla diagnosi. Le premesse dello sviluppo del CORE-OM erano che lo strumento potesse essere riprodotto liberamente senza canone ("copyleft"), che coprisse i domini di rischio, benessere, problemi e funzionamento e che avesse items sia intrapsichici che interpersonali. Infine, la specifica richiedeva che fosse sufficientemente breve per l'uso nella pratica routinaria. Queste caratteristiche lo rendono uno strumento che non si limita a misurare la risoluzione di sintomi, ma che è orientato anche al monitoraggio del potenziamento delle risorse (Benessere e Funzionamento), quindi uno strumento decisamente



psicologico e non solo psicopatologico. Nella versione per adulti e adolescenti il questionario si accompagna a due schede di rilevazione dati (Therapy Assessment Form e End Of Therapy) che costituiscono uno standard di registrazione di variabili socio demografiche, diagnostiche e di trattamento attraverso cui sviluppare riflessioni sull'appropriatezza degli interventi nei servizi di Psicologia. Esistono traduzioni del CORE-OM in 25 lingue, incluso l'italiano, e lo strumento è liberamente scaricabile (<https://www.coresystemtrust.org.uk/home/translations/italian/>). Esistono versioni a 5 e 10 items (CORE-5 e CORE-10, e una versione per adolescenti, YP-CORE). Il CORE-OM viene citato nel documento della Task Force sui LEA del CNOP come "gold standard" della valutazione dell'esito dei trattamenti psicologici, in considerazione dell'utilizzo ormai quasi ventennale nei servizi di Psicologia delle aziende sanitarie di molte regioni/province italiane (Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Emilia Romagna, Sardegna, etc.). I risultati della prima ricerca multicentrica nella rete dei servizi di Psicologia italiani (2005-2020) sui dati di esito dei trattamenti psicologici sono stati elaborati attraverso la piattaforma Progetto VETraPNetwork (ispirata al CORE-System) (SIPSOT 2021).

Una misura specifica: Il Body Shape Questionnaire (BSQ)

Il BSQ si compone di 34 items tutti concentrati su un problema le preoccupazioni per la forma del corpo. Queste sono diventate apparentemente endemiche, in particolare nelle donne più giovani, in molti paesi occidentali nel corso del 20° secolo, e si riscontrano in forme estreme nell'anoressia nervosa e nella bulimia nervosa. Gli item sono concettualmente "unidimensionali" con un'elevata affidabilità interna, ed è estremamente probabile che le persone con un punteggio elevato su un item ottengano un punteggio elevato su tutti gli altri item.

Misure molto brevi: Patient Health Questionnaire (PHQ-9) e General Anxiety Disorder 7 (GAD-7)

Il PHQ-9 è un questionario a 9 item che essenzialmente riprende i criteri per una diagnosi di depressione dal DSM-IV e li converte in un modulo di autovalutazione. Il General Anxiety Disorder 7 (GAD-7) è una misura strettamente correlata che utilizza i criteri del DSM-IV per il Disturbo d'Ansia Generalizzato. In linea con i criteri del DSM, sia il PHQ-9 che il GAD-7 chiedono la frequenza dei problemi nelle due settimane precedenti. Il PHQ-9 è disponibile all'indirizzo: www.phqscreeners.com/ ed entrambi sono copyright di società farmaceutica Pfizer, che attualmente li mette a disposizione gratuitamente (sebbene senza alcun obbligo legale di continuare a farlo per sempre).

Una misura mista: lo PSYCHLOPS

Lo PSYCHLOPS è radicalmente diverso dai questionari descritti sopra, essendo (in gran parte) una "misura generata dall'utente" e che valuta specificamente i problemi che il soggetto stesso identifica come disturbanti. Deriva dal MYMOP (Measure Yourself Medical Outcome Profile), progettato per problemi di salute fisica. Sia lo PSYCHLOPS che il MYMOP chiedono all'utente di nominare o descrivere qualcosa che lo ha preoccupato nell'ultima settimana e quindi offrono la possibilità di aggiungere un altro problema, chiedendo in che modo il problema o i problemi hanno un impatto sulla vita della persona. Ciascuno di questi items è valutato per "quanto ti ha disturbato" su una scala da 0 a 5. Infine, c'è un singolo item nomotetico "Come ti sei sentito nell'ultima settimana?", anch'esso valutato da 0 a 5. Questo unico item nomotetico, rende lo PSYCHLOPS un ibrido piuttosto che una pura misura generata dall'utente. La misura può essere ripetuta durante o alla fine della terapia quando i problemi e gli impatti iniziali vengono ripresentati all'utente per rivalutarli. La versione da utilizzare durante la terapia consente l'aggiunta di un nuovo problema man



mano che la terapia procede e la natura dei problemi dell'utente cambia. I questionari (inizio durante e fine trattamento) sono disponibili, anche in italiano e nelle versioni per adulti, adolescenti e bambini, all'indirizzo: <http://psychlops.org.uk/> .

3.4 La valutazione degli esiti, la ricerca

Anni di ricerca sulla efficacia della psicoterapia (in riferimento agli esiti previsti rispetto agli obiettivi) e sulla efficienza del processo terapeutico, monitorandone il funzionamento in ottica longitudinale, hanno dimostrato⁶ che:

- **La psicoterapia, in generale, è efficace.** Dall'insieme degli studi essa risulta circa quattro volte più efficace dell'assenza di trattamento, due volte più utile del 'placebo' (intervento diverso di counseling non terapeutico). Se è discutibile il confronto della psicoterapia col 'placebo' - che non si può considerare *inerte* come nella ricerca farmacologica - non vi è dubbio che aspettarsi una remissione spontanea dei problemi non è conveniente rispetto alla psicoterapia.
- **Gli effetti sono, in generale, duraturi.** Gli studi dimostrano che gli effetti, se ci sono, si mantengono per ampi periodi di 'follow-up', cioè di verifiche a distanza dalla fine del trattamento. E durano più che gli effetti degli psicofarmaci. Ovviamente il rischio di ricadute – che certo esiste - varia a secondo della patologia iniziale e della sua gravità; la ricerca ha mostrato quali sono le tecniche che per questo tipo di patologie possono prevenire il rischio di ricadute, e i modi per evitarle controllando i sintomi premonitori utili per intervenire in tempo.
- **La psicoterapia è efficiente** (nel senso che esiste un positivo rapporto tra i costi, che includono i tempi, e i benefici): le rassegne riportano dati secondo cui fra il 40% e il 60% degli utenti raggiunge un "cambiamento clinicamente significativo" (*Reliable Change Index*: Jacobson e Truax, 1991) in una media di 12-15 sedute, e circa il 50% raggiunge il criterio di un pieno recupero entro una media di 20 sedute di terapia. Interessante è il dato secondo cui i pazienti con problemi più gravi fanno registrare i maggiori cambiamenti in un tempo più ridotto, ma hanno una minore probabilità di completare il trattamento rientrando in una gamma di 'normalità'.
- **La psicoterapia modifica il funzionamento psicobiologico.** Un contributo importante all'affermazione della psicoterapia come scienza deriva dai recenti sviluppi delle neuroscienze le evidenze neuroscientifiche dimostrano che sia gli interventi farmacologici che psicologici sono finalizzati a modificare gli aspetti biologici: gli effetti neurobiologici e psicologici non sono aspetti distinti ma raccolgono, ciascuno per la propria parte, sfaccettature della stessa realtà (Kandel e al., 2013). Di conseguenza, le alterazioni psico-biologiche legate alle patologie psichiche possono essere affrontate da diversi versanti: esclusivamente biologici (es. stimolazioni magnetiche transcraniche, farmaci psicotropi), interamente psicologici (utilizzando la mediazione verbale), oppure integrando i due approcci. L'associazione tra interventi biologici e tecniche psicologiche - dove questa sinergia è indicata e utile - appare la via migliore per ottenere benefici più efficaci e duraturi. Ciò non sorprende, poiché il substrato biologico della mente supporta conoscenze, emozioni e comportamenti, e quindi varia a seconda dei cambiamenti in questi aspetti. Inoltre, la plasticità neuronale e le variazioni epigenetiche consentono la possibilità di ristrutturare il sistema biologico che la psicoterapia può attivare,

⁶ Vedi "Cronistoria sintetica delle ricerche sull'evidenza empirica nella ricerca clinica" negli allegati al capitolo (Allegato 2).



come i farmaci e anzi con effetti più a lungo termine. LeDoux (2000) ha concluso che la psicoterapia è sia un processo di apprendimento per i pazienti, sia un modo per cambiare la struttura delle connessioni cerebrali. In questo senso, la psicoterapia utilizza fundamentalmente meccanismi biologici per trattare le malattie mentali, consentendo al cervello di "cambiare se stesso" (DoIDGE, 2007).

La necessità di integrazione tra intervento psicobiologico e psicoterapeutico, chiaramente affermata dopo decenni di ricerca sull'efficacia delle psicoterapie (Wampold & Imel, 2015), dovrebbe essere la base per una comprensione scientifica di "come funziona realmente la psicoterapia".

- **Nel determinare l'efficacia, bisogna cercare quali sono i fattori essenziali.**

Quest'ultimo punto sposta il problema dalla domanda generica sull'efficacia a quella, molto più pertinente e precisa, su "come funziona una psicoterapia efficace".

I risultati riportati da studi che si avvalgono della "meta-analisi", aprono nuove prospettive nella ricerca sull'efficacia della psicoterapia, che deve mirare non solo a verificare l'efficacia, ma a far emergere sistematicamente il risultato di ciò che avviene durante il trattamento in relazione alle operazioni che in esso vengono condotte.

Il monitoraggio continuo del *processo* terapeutico è condizione essenziale per migliorare l'efficienza e la qualità del processo stesso. Consente gli opportuni aggiustamenti *in itinere*, impedendo che la terapia proceda per tempi lunghi su canali poco proficui rispetto alle potenzialità. Fornisce inoltre l'opportunità di studiare:

- *cosa* è terapeutico e *per chi*;
- non solo *se* e *quanto*, ma *perché* un trattamento funziona con una certa tipologia di pazienti e non funziona invece con altri;
- quali processi psichici vengono attivati e quali assetti di personalità vengono modificati;
- perché alcuni utenti sono maggiormente a rischio di abbandono precoce e altri di ricadute dopo il termine della terapia;
- perché in alcuni casi il terapeuta non riesce a coinvolgersi e a stabilire una proficua 'alleanza';
- perché *setting* pur ben consolidati non funzionano in certe occasioni, e vanno modificati, spesso radicalmente;
- perché specifiche categorie di pazienti (ad esempio, il manager stressato, l'anziano depresso, lo studente ansioso, il bambino vittima di violenza) hanno bisogno non solo di tecniche buone per tutti, ma di un approccio terapeutico adattato ai bisogni e alle peculiarità della loro personale esperienza di salute e di malattia.

Sul piano epistemologico, la ricerca sulla clinica smentisce il vecchio luogo comune – che ancora non pochi terapisti condividono - secondo cui quanto avviene nel *setting* della relazione terapeutica è inevitabilmente "indicibile" e quindi non può essere monitorato e valutato a livello empirico.

La ricerca sulla psicoterapia ha dimostrato che ciò che avviene fra soggetto 'terapeuta' e soggetto 'utente' (individuo, o anche un gruppo, o una famiglia) può essere tema di studio scientifico, sistematico e coerentemente esternabile. È ormai ampiamente condiviso che la relazione terapeutica può essere considerata nell'ottica della verifica empirica di ipotesi e del confronto intersoggettivo. L'obiettivo è studiare quale rapporto esiste, all'interno di ciascun approccio, tra modello teorico, ipotesi di intervento terapeutico sulla specifica situazione-problema, modalità di valutazione nei diversi momenti dell'intervento;



- quali sono i più adeguati parametri di verifica dell'efficacia dell'intervento attuato;
- quali tecniche e condizioni, sempre all'interno di ciascun approccio, rendono più efficace il trattamento;
- quali sono gli elementi predittivi di un cattivo esito della terapia o di un precoce abbandono di essa (*drop-out*);
- quali criteri e strumenti di valutazione sono utilizzabili per comprendere cosa fa funzionare meglio la terapia.

Riguardo ai trattamenti implementati nel Servizio Sanitario Nazionale Italiano questo studio di efficacia e di efficienza sarebbe possibile, e auspicabile, approntando un data-base comune in un portale messo a punto dal Ministero della Salute (tramite l'ISS), che potrebbe essere poi analizzato a livello cumulativo mediante tecniche metanalitiche. Questo assicurerebbe la verifica scientifica del lavoro svolto dagli psicoterapeuti nel Servizio Sanitario a livello nazionale, valorizzando anche il lavoro delle reti spontanee di ricerca sulle Evidenze Basate sulla Pratica, a livello regionale o di singole aziende sanitarie (vedi, per esempio, database del Progetto VETraPNetwork avviato dalla SIPSOT fin dal 2005)

3.5 Strumenti per la diffusione delle buone prassi

L'emanazione della Legge 24/2017 ha aperto nuovi scenari sul tema della definizione e adozione di linee guida, raccomandazioni e buone pratiche. All'articolo 5 della Legge 24/2017, si afferma che gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali. In tale categoria si ricomprendono le prove di efficacia desumibili dalla letteratura scientifica accreditata sia tutti i documenti, comunque denominati e di qualsiasi estrazione essi siano, purché elaborati con metodologia dichiarata e ricostruibile e basati su evidenze scientifiche.

BUONE PRATICHE CLINICO – ASSISTENZIALI	FONTE: Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità	FONTE: Istituto Superiore di Sanità – Sistema Nazionale Linee Guida
	Si intendono tutte le pratiche clinico-assistenziali generalmente ritenute efficaci, sicure ed appropriate dalla comunità scientifica internazionale perché basate su solide prove di efficacia o su un generale consenso sulle pratiche consolidate negli anni.	1. Si intendono tutte le pratiche clinico-assistenziali generalmente ritenute efficaci, sicure ed appropriate dalla comunità scientifica internazionale perché basate su solide prove di efficacia o su un generale consenso sulle pratiche consolidate negli anni. 2. (...) sotto questo ombrello possono rientrare svariati documenti evidenze o anche consensus based, nelle more della produzione di un sufficiente numero di LG, purché siano attentamente selezionate secondo criteri espliciti. (...) nelle more della pubblicazione nell'SNLG di LG adeguate per numero (e qualità) ai fabbisogni, le buone pratiche clinico – assistenziali sono ad esempio LG internazionali di elevata qualità, position statements e raccomandazioni di agenzie e istituzioni nazionali/internazionali o di società scientifiche e low or negative value lists.



Nel sito SNLG dell'ISS vi è una sezione dedicata alle **buone pratiche clinico-assistenziali** relative ad aree per le quali non sono ancora disponibili LG, per fornire, laddove possibile, agli operatori di sanità e agli utenti dell'SNLG riferimenti affidabili per la pratica professionale, la salute pubblica o, in qualche caso, per scelte di politica sanitaria in senso lato.

Dal sito SNLG dell'ISS (https://snlg.iss.it/?p=23)
Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure (CNEC) presso l'ISS
In questa sezione sono riportate le buone pratiche identificate dal CNEC attraverso un processo di ricognizione della letteratura biomedica e delle <i>best practices</i> riconosciute con meccanismi di consenso fra esperti, a livello nazionale e internazionale.
I criteri adottati per la selezione delle buone pratiche sono i seguenti:
<ul style="list-style-type: none">○ rilevanza dell'argomento○ data di pubblicazione < 3 anni*○ composizione multidisciplinare e multiprofessionale del panel di esperti*○ descrizione chiara e dettagliata della metodologia adottata e in linea con gli <u>standard adottati dal CNEC per valutare la qualità delle evidenze scientifiche</u>
Con la pubblicazione delle buone pratiche intendiamo offrire un supporto scientifico ai professionisti sanitari su argomenti e questioni non coperte dalle LG presenti nell'SNLG, come previsto dalla Legge 24/2017.
Disclaimer. I documenti sulle buone pratiche, provenendo da fonti di alto valore scientifico ma non sempre nazionali, possono contenere raccomandazioni e consigli clinici non direttamente applicabili al contesto sanitario italiano e/o non compatibili con le disposizioni di legge, i regolamenti degli ordini professionali o i provvedimenti delle agenzie regolatorie italiane. I lettori sono pertanto invitati a considerare attentamente questa eventualità e a controllare, appunto, l'applicabilità al contesto nazionale dei contenuti riportati.
* l'applicazione del criterio sarà valutata caso per caso

Appare opportuno che le buone pratiche assistenziali psicologiche sottoposte al vaglio del CNEC, vengano valutate attraverso il contributo di psicologi esperti in materia.

3.6. Allegati

ALLEGATO 1

A1 ELENCO PRESTAZIONI PSICOLOGICHE⁷

Prima visita: il pz si presenta al servizio per la prima volta, o dopo un anno dall'ultimo contatto, e viene aperta cartella

Prima visita per operatore: il pz viene visto per la prima volta, ma ha già ricevuto la prestazione di 1° visita con cui è stata aperta cartella

Anamnesi e valutazione: (es. follow-up con test): visite brevi (30 min.) da usare prevalentemente in situazioni di consulenza testistica per altro servizio, follow up, completa-mento alla 1° visita o controllo

Colloquio di accettazione: 1° incontro con l'utente per la rilevazione dei dati relativi alla richiesta di visita (coll. filtro). Può essere svolto da personale diverso dallo Psicologo e non viene aperta cartella.

Colloquio psicologico/clinico individuale: colloquio di valutazione individuale da utilizzarsi con Intervento di

⁷ A1 definisce e misura le modalità attraverso le quali viene erogata una prestazione e conterà il numero delle stesse sommando quelle erogate da tutti gli operatori del servizio. Per esempio, numero di sedute di Psicoterapia individuale effettuate nell'arco temporale definito (anno, semestre, trimestre);



“Assessment” o “Valutazione” o negli interventi di sostegno.

Colloquio psicologico/clinico di coppia: colloquio di valutazione di coppia da utilizzarsi con Intervento di “Assessment” o “Valutazione” o negli interventi di sostegno.

Psicoterapia individuale: colloquio psicoterapico condotto da un terapeuta per un pz, con periodicità definita.

Colloquio familiare: colloquio di valutazione di un nucleo familiare intero o di alcuni membri da utilizzarsi con Intervento di “Assessment” o “Valutazione”

Psicoterapia di coppia: colloquio psicoterapico condotto da uno o più terapeuti per 1 coppia (partner o coniugi), con periodicità definita.

Psicoterapia familiare: colloquio psicoterapico condotto da uno o più terapeuti per un nucleo familiare o alcuni membri (md/figli, pd/figli, ecc.), con periodicità definita.

Psicoterapia di gruppo: colloquio psicoterapico condotto da uno o più terapeuti per un gruppo di utenti con periodicità definita.

Psicoterapia breve focale individuale: colloquio psicoterapico condotto da un terapeuta per un pz, con periodicità definita caratterizzata da sedute focalizzate su un tema centrale specifico e da un n° limitato di sedute.

Psicoterapia breve focale di coppia: colloquio psicoterapico condotto da un terapeuta per una coppia, con periodicità definita caratterizzata da sedute focalizzate su un tema centrale specifico e da un n° limitato di sedute.

Psicoterapia breve focale familiare: colloquio psicoterapico condotto da un terapeuta per un nucleo familiare intero o alcuni suoi membri, con periodicità definita caratterizzata da sedute focalizzate su un tema centrale specifico e da un n° limitato di sedute.

Consulenza e sostegno psicologico del/i familiare/i: colloquio di orientamento, sostegno e sviluppo delle potenzialità dell’utente al fine di promuovere atteggiamenti attivi, propositivi e stimolare capacità decisionali nel contesto circoscritto alla famiglia (ad es. rivolta a genitori nei confronti dei figli, a familiari nei confronti di pz cronici, ospedalizzati, terminali ...).

Visita in consulenza ospedaliera: si segna questa prestazione per ogni accesso in ospedale.

Scale di deterioramento mentale e scale di sviluppo intellettivo: es. Wais, Wisc, Leiter, etc.

Test proiettivi e della personalità: es. MMPI, ORT, Rorschach, RAP, proiettivi brevi, EDI, CAT, TAT etc.

Test settoriali d’intelligenza: es Raven, ecc.

Valutazione funzionale globale con scala psico-comportamentale: es., CORE-OM, SCL90, etc.

Valutazione funzionale segmentaria con scala psico-comportamentale: es. CBA, scala d’ansia, scala depressione.

Interviste strutturate: es. AAI, IRMAG, Strange Situation, etc.

Test di memoria

Test funzioni esecutive Test abilità visuo -spaziali



Consulenza con operatori sanitari: discussione e scambio di reciproche informazioni su una situazione in carico al servizio di Psicologia e seguita anche da altro servizio sanitario. Non comprende gli scambi e discussioni casi tra colleghi della stessa professione che non vanno segnati tra le prestazioni.

Consulenza con operatori scolastici: discussione e scambio di reciproche informazioni su una situazione in carico al servizio di Psicologia, inserita in contesto scolastico.

Consulenza con operatori Servizio Sociale: discussione e scambio di reciproche informazioni su una situazione in carico al servizio di Psicologia e/o al servizio sociale.

Consulenza con operatori altro servizio: discussione e scambio di reciproche informazioni su una situazione in carico al servizio di Psicologia, inserita in contesti di tipo privato/sociale.

Consulenza con operatori più servizi: discussione e scambio di reciproche informazioni su una situazione in carico al servizio di Psicologia ove siano coinvolte figure professionali di appartenenze diverse.

Consulenza indiretta non nominativa:

Consulenza focale: discussione e scambio di reciproche informazioni diretta o telefonica con operatore sanitario, scolastico o sociale; il focus dell'intervento deve avere carattere operativo, centrato su un punto specifico per cui il setting può essere circoscritto e limitato a un tempo ristretto, può essere anche non nominativa.

Certificazione: documento attestante un fatto, una condizione; relazione clinica con valore medico – legale.

Refertazione: è una dichiarazione effettuata all'interno di un intervento valutativo più generale, riporta dati anagrafici, data, metodo di valutazione, risultato e firma. In genere utilizzata nell'ambito ospedaliero.

Relazione: testo informativo su un determinato fatto o argomento.

Intervento di preparazione alla genitorialità: prestazione che si riferisce agli incontri di preparazione al parto in Consultorio, ma potrebbe essere utilizzato anche per eventuali prestazioni di preparazione alla genitorialità in ambito adozione.

Incontri educazione sanitaria: incontri con gruppo di utenti per progetti concordati es. ed. sessuale nelle scuole, incontri conoscitivi con gruppi di studenti c/o Consultorio...

Intervento abilitazione/riabilitazione psicologica/psicco-educazione: incontri di sensibilizzazione a temi psicologici.

Diagnosi funzionale (L. 104/92): profilo complessivo del soggetto certificato per legge 104/92 che viene emessa alla prima certificazione e successivamente ad ogni passaggio di ciclo scolastico.

PDF o PEI (L. 104/92): progetto complessivo sull'alunno certificato per legge, stilato dalla scuola e sottoscritto dallo/dagli specialista/i o altre figure coinvolte che hanno in carico il soggetto.

Partecipazione equipe ospedaliera: incontro pianificato con programma e fascia oraria predefiniti svolto in sede ospedaliera.

Partecipazione equipe altra struttura: incontro pianificato con programma e fascia oraria predefiniti con equipe di altra struttura.



Condizione gruppi operatori sanitari: dinamica - supervisione - formazione - aggiornamento

A2 - ELENCO INTERVENTI ED ATTIVITÀ PSICOLOGICHE⁸

Assessment/Consultazione coppia

Intervento di valutazione globale e differenziale, in previsione di intervento psicoterapico, che consideri risorse e limiti dell'utente, in questo caso la coppia.

Assessment/Consultazione familiare

Intervento di valutazione globale e differenziale, in previsione di intervento psicoterapico, che consideri risorse e limiti dell'utente, in questo caso il nucleo familiare intero o limitato ad alcuni membri.

Assessment/Consultazione genitoriale

Intervento di valutazione globale e differenziale, in previsione di intervento psicoterapico, che consideri risorse e limiti dell'utente, in questo caso entrambi i genitori o uno di loro o chi ne fa le veci.

Assessment/Consultazione individuale

Intervento di valutazione globale e differenziale, in previsione di intervento psicoterapico, che consideri risorse e limiti dell'utente, in questo caso direttamente il pz.

Assessment/Consultazione istituzionale

Intervento di valutazione globale e differenziale, in previsione di intervento psicoterapico, che consideri risorse e limiti dell'utente.

Intervento di sostegno di coppia

Insieme di azioni orientate all'aiuto psico-sociale e al benessere con valenza prevalentemente psico-educativa indirizzate alla coppia.

Intervento di sostegno di gruppo (att. rivolta all'utenza)

Insieme di azioni orientate all'aiuto psico-sociale e al benessere con valenza prevalentemente psico-educativa indirizzate ad un gruppo di utenti.

Intervento di sostegno individuale

Insieme di azioni orientate all'aiuto psico-sociale e al benessere con valenza prevalentemente psico-educativa indirizzate ad un singolo individuo.

Intervento di sostegno istituzionale (attività rivolta ad operatori)

Insieme di azioni orientate all'aiuto con valenza prevalentemente di sostegno psicologico alla professione e/o psico-educativa, indirizzate ad un gruppo di operatori o ad un singolo.

Progetti di rete

Incontri pianificati tra operatori di diverse istituzioni che intervengono simultaneamente su una situazione complessa.

Psicoterapia di coppia

⁸ A2 definisce e misura l'obiettivo generale dell'intervento/attività erogata dal servizio. Per esempio, il numero degli interventi/attività di Psicoterapia individuale (non singole sedute) erogate complessivamente in un determinato arco temporale.



Intervento di cura di disturbi psicopatologici di diversa gravità indirizzati alla coppia.

Psicoterapia di gruppo

Intervento di cura di disturbi psicopatologici di diversa gravità indirizzati ad un gruppo di utenti

Psicoterapia familiare

Intervento di cura di disturbi psicopatologici di diversa gravità indirizzati ad un nucleo familiare intero o limitatamente ad alcuni membri.

Psicoterapia individuale

Intervento di cura di disturbi psicopatologici di diversa gravità indirizzati al singolo.

Ricerca

Interventi di tecniche di indagine psicologica a fine di ricerca.

Ricerca valutativa sull'efficacia pratica degli interventi psicologici.

Ricerca epidemiologica

Ricerca sulla valutazione costo/efficacia degli interventi psicologici

Verifica di protocolli diagnostici e terapeutici

Sperimentazione e gestione del sistema informativo

Valutazione

Intervento di valutazione di una situazione, chiesta da agenti esterni quali Tribunale per i Minori, Medicina Legale, Medico Competente, ecc.

Attività gestionali ed organizzative

Programmazione delle attività Progettazione degli interventi Meeting di valutazione casi

Riunioni di equipe e gruppi di discussione e supervisione casi

Programmazione del lavoro interprofessionale

Attività per la salute organizzativa aziendale

Rilevazione (misurazione e valutazione) del clima organizzativo

Attività rivolte al benessere organizzativo (promozione della salute e miglioramento della qualità della vita lavorativa del personale dipendente)

Analisi e Sviluppo organizzativo

Sostegno psicologico e consulenze individuali e per i gruppi di lavoro

Bilancio di Competenze

Valutazione individuale dello stress lavoro-correlato

Attività di facilitazione della comunicazione interna ed esterna

Attività di supporto alla valutazione del personale e allo sviluppo Risorse Umane

Attività formative

Tutoraggio e supervisione degli psicologi tirocinanti e volontari

Analisi dei bisogni, progettazione, realizzazione e valutazione di interventi formativi inter e intra aziendali

Interventi di formazione continua e sul campo



Promozione di interventi di sensibilizzazione, informazione e formazione rivolti al volontariato

Promozione di interventi finalizzati all'umanizzazione delle cure

Attività di valutazione della qualità

Integrazione con la rete qualità aziendale

Collaborazione ai progetti di valutazione della qualità percepita e partecipata, a livello aziendale

Interventi conseguenti il monitoraggio della soddisfazione dell'utente e degli operatori



Matrici

Nelle tabelle seguenti viene sinteticamente espressa, con un modello a matrice, l'integrazione verticale ed orizzontale di attività e funzioni che caratterizzano il lavoro di una Struttura Organizzativa di Psicologia.

Matrice Specializzazioni/Attività						
Specializzazioni	Psicologia					
	Attività prevalente	della salute	clinica	dello sviluppo	di comunità	delle organizzazioni e lavoro
Preventive	•		•	•	•	•
Psicodiagnosi (valutazione psicologica)	•	•	•	•	•	•
Sostegno psicologico	•	•	•	•	•	•
Abilitazione e riabilitazione	•		•	•		
Psicoterapeutiche	•	•	•			•
Consulenziali	•	•	•	•	•	•
Organizzative	•			•	•	

Tabella n. 1 - Matrice specializzazioni/Attività

Il segno (•) sta ad indicare gli incroci tra attività prevalenti e specializzazioni

Le attività: organizzative-formative-qualità sono chiaramente trasversali e coinvolgono tutte le funzioni/specializzazioni.



Matrice Attività/Aree di Intervento										
Aree e soggetti	Promozione della salute			Tutela minori condizioni di pregiudizio		Supporto Psicologico				
	Genitorialità	Adolescenza	Età Adulta Senile	Funzioni Educative Integrative	Maltrattamento o Abuso	Soggetti Ospedalizzati	Disabilità e patol. mentali	Anziani	Soggetti Cure Domiciliari	Carcere
Preventive	•	•	•	•	•		•			
Psicodiagnosi (valutazione psicologica)				•	•	•	•	•	•	•
Sostegno psicologico	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Abilitazione e riabilitazione				•		•	•	•		•
Psicoterapeutiche				•	•	§		§	§	
Consulenziali	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Tabella n. 2 - Matrice Attività/Funzioni

Il segno (•) sta ad indicare gli incroci tra Attività e Funzioni connesse a soggetti in condizioni di particolare “fragilità”

Il segno (§) sta ad indicare psicoterapie brevi e/o focali e di raccordo/ prosecuzione con le attività ambulatoriali.

Le attività: organizzative – formative - qualità sono chiaramente trasversali e coinvolgono tutte le funzioni.



Matrice di integrazione Attività Psicologiche/–Servizi Sanitari

Strutture Sanitarie	Attività prevalente	Igiene Prevenzione	D.M.I.	D.S.M	Dipartimento Territoriale			Presidio Ospedaliero				Direzione Uffici/ Staff
					Consultori	Serd	UOCP ADI	Area Medicine	Area Critica	Area Chir	Emerg Urgenza	
Preventive		•	•		•	•		•				
Psicodiagnosi (valutazione psicologica)			•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Sostegno psicologico			•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Abilitazione e riabilitazione			•	•	•	•	•	•		•		
Psicoterapeutiche			•	•				§	§	§	§	
Consulenziali		•	•		•		•	•	•	•	•	•
Psicologia delle Organizzazioni		•										•
Formative		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Ricerca			•				•	In collaborazione alla Direzione Sanitaria PP.OO.				•
Qualità		•						In collaborazione alla Direzione Sanitaria PP.OO. ed Uffici Qualità				•

Tabella n. 3 - Matrice integrazione Attività Psicologiche/Servizi Sanitari Il segno (•) sta ad indicare gli incroci tra Attività e Strutture Sanitarie

Il segno (§) sta ad indicare psicoterapie brevi e/o focali e di raccordo/proseguimento con le attività ambulatoriali.

Le attività: organizzative-formative-qualità sono chiaramente trasversali e coinvolgono tutte le strutture, nella tabella viene evidenziata la specifica competenza nel supporto di programmi e interventi ad elevata integrazione sanitaria.



ALLEGATO 2. Cronistoria sintetica delle ricerche sull'evidenza empirica nella ricerca clinica

RICERCA SULLA PSICOTERAPIA: LE TAPPE FONDAMENTALI DELLA CLINICA EVIDENCE-BASED

- 1952 - Eysenck pubblica un articolo fortemente critico sulla possibilità di provare l'efficacia della psicoterapia
- 1961 - Frank definisce come principali fattori terapeutici i fattori 'aspecifici', non direttamente legati alle tecniche peculiari di ciascun modello terapeutico
- 1958-1966 – Si tengono a Washington, Chapel Hill e Chicago convegni sulla valutazione della psicoterapia organizzati dal *National Institute of Mental Health* (NIMH) degli Stati Uniti e dall'*American Psychological Association*.
- 1968 – Viene fondata la *Society for Psychotherapy Research* (SPR), associazione che oggi conta oltre 1.000 membri in tutto il mondo. La SPR tiene il primo congresso a Chicago nel 1970.
- 1969 - Wolpe pubblica un manuale per pratica e la valutazione standardizzata della terapia comportamentale. Seguiranno quelli di Beck e coll. per la terapia cognitiva della depressione (1979); Luborsky per la psicoterapia psicoanalitica supportiva-espressiva (1984); Strupp e Binder sulla terapia dinamica breve (1984); Kernberg e coll. (1989), e Linehan per i disturbi borderline (1993).
- 1971 – Viene pubblicata da Bergin e Garfield la prima edizione dell'*Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, che raccoglie gli studi sulla valutazione della psicoterapia (le successive edizioni saranno pubblicate nel 1978, 1986, 1994, 2004, 2013).
- 1975 – Luborsky e i suoi collaboratori, confrontando le diverse psicoterapie, proclamano il 'paradosso della equivalenza': tutte le terapie funzionano se appropriatamente usate.
- 1976 - Lo stesso Luborsky pubblica i primi studi sul 'Tema Relazionale Conflittuale Centrale' (*Core Conflictual Relationship Theme*, CCRT), metodo per la valutazione empirica di aspetti centrali del processo terapeutico.
- 1990 – Viene fondata la rivista *Psychotherapy Research*, organo ufficiale della SPR.
- 1991 - Beutler e Crago pubblicano per conto della S.P.R. e della *American Psychological Association*, un volume sui gruppi di lavoro sulla ricerca in psicoterapia esistenti nel mondo.
- 1994 – Inizia le pubblicazioni la rivista *Psicoterapia Cognitivo Comportamentale - Italian Journal of Cognitive and Behavioural Psychotherapy*, che ospita numerosi articoli sulla valutazione scientifica della psicoterapia.
- 1996 – Roth e altri pubblicano un volume sulle prove di efficacia della psicoterapia, tradotto in italiano l'anno seguente col sottotitolo "Quale terapia per quale paziente".
- 1997 – Si tiene a Tabiano (Parma) il primo congresso della sezione italiana della S.P.R., che dal 1998 pubblica una propria rivista, *Ricerca in psicoterapia*, poi divenuta *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*.
- 1998 – Seligman pubblica sul *Monitor* della *American Psychological Association* un editoriale su "perché la terapia funziona". Nello stesso anno è pubblicato il volume di Nathan e Gorman, "Guida al trattamento che funziona"
- 1999 - L'American Psychiatric Press diffonde il volume di Spiegel *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy*.
- 2013 - Lambert pubblica la 6ª edizione dell'*Handbook of psychotherapy and behavior change*.
- 2019 - Norcross e Wampold curano un volume su funzionamento della "relazione che cura", con particolare riferimento alla ricerca evidence-based sulla risposta del terapeuta.
- 2021 - Barkham, Lutz, e Castonguay pubblicano la 7ª edizione dell'*Handbook of psychotherapy and behavior change*. Tra le innovazioni: recenti ricerche sull'efficacia del terapeuta, sui metodi di ricerca qualitativa, sulle terapie internet-based.



Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
- Barkham, M., Lutz, W., Castonguay, L.G. (eds) (2021) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 7th Edition, New York: Wiley.
- Bergin, A. E., Garfield, S. L. (Eds) (1971) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (1st ed.), New York: Wiley.
- Borenstein, M., Hedges, L.V., Higgins, J.P.T., & Rothstein, H. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Chichester: Wiley.
- Cittadinanzattiva (2018). XVI Rapporto CnAMC.
- Cittadinanzattiva (2020). Indagine civica sull'assistenza psicologica per le persone con cronicità.
- CNOP (2021). Per una sanità delle persone. www.psy.it.
- Cooper, H., Hedges, L.V., & Valentine, J. (eds.) (2009). *The handbook of research synthesis and meta-analysis*, 2nd Ed. New York: Russell Sage.
- Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Di Blasi, M., Giannone, F. (1998) *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*. F. Angeli, Milano.
- Di Nuovo, S. (1995), *La meta-analisi*. Roma: Borla.
- Di Nuovo, S. (2019). What research for what training in psychotherapy? Some methodological issues and a proposal. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(3), 326-332. doi: 10.4081/ripppo.2019.410.
- Doidge, N. (2007). *The brain that changes itself*. New York: Penguin.
- Evans C, Carlyle JA (2021). *Outcome Measures and Evaluation in Counselling and Psychotherapy*, Sage Publication Ltd.
- FISSP - AIPCP - SIPLES - SIPNEI - SIPSA - SIPSOT - PSISA – Gruppo Psicologia Ospedaliera AUPI. Documento di consenso italiano sulla Psicologia Ospedaliera” definito dalle Società Scientifiche del settore (2013).
- Fondazione Gimbe (2017). 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.
- Gigantesco et al. Depressive symptoms among adults in 2018-2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic in Italy, *Journal of Affective Disorders*, 309, 1-8, 2022.
- Giunta Regionale Emilia Romagna, allegato Delibera N. 1141 del 19/07/2021.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1990). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M., Siegelbaum, S.A., & Hudspeth, A.J. (eds) (2013). *Principles of neural science*, 5th ed., New York: McGraw-Hill.
- Istituto Superiore Sanità. I Consultori Familiari a 40 anni dalla loro nascita tra passato, presente e futuro, 2015 Lambert M. J. (ed.), (2013) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 6th ed. New York: Wiley.
- Laufer E. & Solms M., (2013) *On the frontiers of psychoanalysis and neuroscience: Essays in honor of Eric R. Kandel*. New York: Guilford.
- Layard R & Clark D (2015) Why more psychological therapy would cost nothing. *Frontiers in Psychology*, 6, 1713.
- Lorenzoni et al. Impact of the COVID-19 lockdown on psychological health and nutritional habits in Italy: results from the #PRESTOinsieme study, *BMJ Open*, 12, e048916, 2022.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975) Comparative studies of psychotherapies: is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Milgrom J, Holt CJ, Gemmill AW, et al. Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 95.
- Nathan, P. E., Gorman, J.M. (1998) *A guide to treatments that works*. Oxford University Press, New York.



- Naylor C et al. (2012) Long-term conditions and mental health. The cost of comorbidities. London: The King Fund.
- Necho M et al., Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis, *International Journal of Social Psychiatry*, 67 (7) 892-906, 2021.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (eds) (2019). *Psychotherapy relationships that work. Vol. 2: Evidence-Based therapist responsiveness*, 3rd Ed. Oxford: Oxford University Press.
- O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US preventive services Task Force. *JAMA* 2016; 26: 388-406.
- Rocca G. (a cura di) - "La valutazione dell'esito dei trattamenti psicologici. Strumenti operativi per la pratica clinica" SIPSOT, 2018.
- Rocca G. (a cura di) - "Il Monitoraggio degli esiti e dei progressi in psicoterapia. La famiglia CORE" SIPSOT, 2019.
- Rocca G. (a cura di) - "Lavorare con gli obiettivi in psicoterapia. Il Goal-Based Outcome (GBO) Tool", SIPSOT, 2021.
- Roth, A., Fonagy, P., Parry, G., Target, M., Woods, R. (1996) *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford. (Trad. it. *Psicoterapie e prove di efficacia: quale terapia per quale paziente*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1997).
- Seligman M. E. P. (1998) Why therapy works. *American Psychological Association Monitor*, December, 3.
- Sinyor M, Rezmovitz J, Zaretsky A. Screen all for depression. *BMJ* 2016; 352: i1617. doi: 10.1136/bmj.i1617.
- Smith, M. L., Glass, G. V., Miller, T. I. (1980) *The benefits of psychotherapy*, Baltimore: John Hopkins Press.
- SIPSOT- "Linee di indirizzo per l'assistenza psicologica erogata dalle strutture organizzative complesse di psicologia, territoriali ed ospedaliere, del SSN" revisione 2009 (prima stesura 2003). A cura della Società Italiana di Psicologia dei Servizi Ospedalieri e Territoriali (SIPSOT) in collaborazione con l'Ufficio di Presidenza di Federsanità ANCI Nazionale, il Direttivo Nazionale e la federazione regionale del Piemonte; (pgg. 22-31; 43-51).
- Solano L. (2010), Some thoughts between body and mind in the light of Wilma Bucci's Multiple Code Theory. *International Journal of Psychoanalysis*, 2010, 91, pp.1445-1464.
- Solano L. (a cura di), *Dal Sintomo alla Persona: Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base*. Franco Angeli, Milano, 2011.
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work*, 2nd ed. New York: Routledge.
- World Health Organization (WHO). (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization.