

Fulvio Frati

Lo Psicologo nei Servizi territoriali della Regione Emilia Romagna.

**Criticità e proposte
alla luce delle vigenti disposizioni di Legge.**

**Convegno
LA PSICOLOGIA CLINICA COME RISORSA
Zanhotel EUROPA
Bologna, 28 ottobre 2016**

Una concreta riflessione di quelle che attualmente sono le criticità da affrontare e le proposte da elaborare riguardo alla presenza dello Psicologo nei servizi territoriali della Regione Emilia Romagna deve a mio avviso originarsi, innanzitutto, da quelle che sono le indicazioni al riguardo contenute nelle disposizioni di Legge vigenti in proposito. E, in primo luogo, **i principali riferimenti legislativi da utilizzarsi al riguardo sono, a mio avviso, quelli che stabiliscono i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (L.E.A.) e di Assistenza Sociale (LIV.E.A.S.)**, in quanto le attività dello Psicologo nei Servizi territoriali della nostra Regione (ma, più in generale, del complessivo Sistema Sanitario Nazionale) si svolgono non solo negli ambiti specifici dell'attività sanitaria ma anche, in modo sicuramente non meno importante, in quello della cosiddetta "Integrazione socio-sanitaria".

I "Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria" (L.E.A.) sono stati stabiliti nel nostro Paese con il D.P.C.M. del 29 novembre 2001, entrato in vigore nel 2002. La riforma del titolo V della Costituzione ha poi previsto per le Regioni la possibilità di utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni aggiuntive (ma mai inferiori) a quelle incluse nei L.E.A. Questo comporta che **i L.E.A. possano essere diversi da Regione a Regione (fermo restando che quelli definiti a livello nazionale vengono garantiti in tutto il territorio italiano).**

Nel corso del 2016, inoltre, i L.E.A. sono stati aggiornati e, nella loro versione attuale, contengono numerosi ed importanti riferimenti alle attività di carattere psicologico da prevedersi all'interno dell'attività dei vari Servizi Sanitari Regionali.

Vanno inoltre, a questo proposito, citate anche le attività psicologiche che debbono essere svolte nell'ambito della cosiddetta **"Integrazione socio-sanitaria"**, e che non sono solo regolati dai L.E.A. ma anche, nei Servizi territoriali della nostra Regione e del complessivo Sistema Sanitario Nazionale, dai cosiddetti **"Livelli Essenziali di Assistenza Sociale"** (LIV.E.A.S.).

La nozione dei livelli essenziali concernenti le prestazioni degli utenti dei servizi sociali (LIV.E.A.S.) ha fatto ingresso nella materia dell'assistenza sociale con la L. 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che ha costituito un evento di portata storica: per la prima volta è stata emanata una legge organica nazionale che ha posto ordine nel settore dei servizi sociali.

Nel 2001 tale nozione è entrata anche a far parte della Costituzione italiana, che, nella versione riformata dell'art. 117, c. 2, lett. m), afferma che **lo Stato ha potestà legislativa esclusiva in materia di «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale»**. **La norma mirava a garantire un livello di uguale godimento dei diritti sociali (e civili) in tutto il territorio nazionale, demandando alle Regioni la definizione delle modalità di organizzazione dei servizi e la possibilità di prevedere livelli ulteriori di assistenza.**

Il concetto di «livello essenziale» era comunque da tempo presente nel nostro ordinamento sanitario con i cosiddetti livelli essenziali di assistenza (LEA), a partire dal **D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502**, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.

La legislazione socio-sanitaria attualmente vigente (D. Lgs. 229/99 e L. 328/00) e la successiva modifica al titolo V della Costituzione hanno poi congiuntamente introdotto un compito nuovo ed impegnativo per lo Stato: la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza in campo sanitario (L.E.A.) e socio-assistenziale (LIV.E.A.S.), ovvero quali sono le prestazioni (sociali e sanitarie) che devono essere garantite a tutti i cittadini in tutte le Regioni italiane sulla base di standard comuni.

L'art. 22 della L.328/2000, in particolare, stabilisce che il sistema integrato di interventi e servizi sociali deve garantire al cittadino, nell'ambito del proprio Distretto socio-sanitario, l'erogazione di alcune prestazioni essenziali che rappresentano i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale, i cosiddetti **LIV.E.A.S.** Questi livelli essenziali garantiscono **un sistema di prestazioni e servizi sociali idonei a garantire, alle persone, ed alle famiglie, qualità della vita e cittadinanza sociale, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli.** I livelli devono soddisfare gli obiettivi di salute indicati nel Piano Sanitario Nazionale.

Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, redatto a norma **dell'art.18 della Legge n. 328/2000**, dedica il paragrafo1 della Parte III ai Livelli essenziali delle prestazioni sociali ed individua **tre dimensioni da incrociare per la determinazione dei LIV.E.A.S.**: la prima concerne le aree di intervento e mira a individuare i destinatari delle prestazioni e i relativi bisogni; la seconda, riguardante la tipologia di servizi e prestazioni, risponde al quesito «livelli essenziali per erogare quali prestazioni e servizi?»; la terza riguarda i criteri organizzativi e di erogazione di servizi e prestazioni, ossia le modalità con cui i LIVEAS vengono garantiti.

Il Piano Nazionale 2001-2003, tuttavia, non ha rappresentato un punto di svolta per quanto riguarda la determinazione concreta dei LIVEAS, non fornendo alcuna chiarificazione in merito alla tipologia dei servizi e delle prestazioni e limitandosi al rinvio a quanto disposto dalla L. n. 328/2000.

Ma, come rileva ad esempio Annalisa Gualdani nel suo articolo *LIVEAS (Livelli essenziali di assistenza sociale)* (2011), "In questo contesto legislativo è poi intervenuto un documento del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, pubblicato nel febbraio 2004 con il titolo *Livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza*, in cui si afferma che «il nucleo essenziale del diritto ed il livello essenziale delle prestazioni non sono sinonimi, nonostante la concomitanza dell'aggettivo; in particolare nel settore dei diritti sociali il nucleo essenziale può essere considerato sinonimo di quel livello di prestazioni al di sotto del quale viene meno la garanzia costituzionale e che pertanto risulta essere un livello irrinunciabile [...]; di conseguenza il livello essenziale risulta essere qualcosa in più rispetto al livello minimo del diritto».

Da ciò emerge chiaramente che **la garanzia dei livelli essenziali dei diritti sociali non dovrebbe essere inficiata dalla scarsità di risorse economiche.**

In realtà le disposizioni legislative che hanno seguito la riforma costituzionale, a partire dalla Legge finanziaria 2003, hanno purtroppo confermato la **natura finanziariamente vincolata delle prestazioni sociali**, normalmente attraverso il rinvio ai limiti delle risorse del Fondo per le politiche sociali".

Peraltro la Regione Emilia Romagna, nella propria legge di recepimento della 328 (e cioè nella **Legge Regionale n. 2/2003 Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**), aveva già stabilito che la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale avvenisse sulla base dei bisogni rilevati, nel rispetto dei criteri di equità, efficacia e appropriatezza, e tenendo conto delle risorse del fondo sociale regionale e della compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni.

Per la definizione dei contenuti dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali anche la Regione Emilia-Romagna si è basata in modo esplicito sull'art. 22 della Legge n. 328/2000, individuando un elenco di servizi e prestazioni da attivare in tutto il territorio regionale ma rinviando poi al proprio successivo **Piano sociale e sanitario** (effettivamente approvato dall'Assemblea legislativa Regionale il 22 maggio 2008, ed all'interno del quale vi sono **numerosissimi rimandi alle competenze degli Psicologi spesso in integrazione con le altre figure professionali sanitarie e sociali**) il compito di definire, sulla base del fabbisogno rilevato, le caratteristiche quantitative e qualitative dei Servizi, tenuto conto di quanto stabilito dallo Stato ed in attuazione dell'art. 117 della Costituzione.

Tale documento è stato poi prorogato, rinnovato, con alcune piccole modifiche, nel 2013, ed **attualmente "é in corso (settembre 2016) il confronto che porterà a definire il nuovo Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna, il secondo costruito in integrazione tra le politiche della salute e le politiche sociali"** (Regione Emilia-Romagna: // *Piano sociale e sanitario: la programmazione, 2016*).

L'Emilia Romagna è quindi una delle Regioni che sta procedendo da tempo, per quanto di sua competenza, a stabilire gli effettivi contenuti dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale da erogare anche sotto gli aspetti delle relative prestazioni psicologiche: e **sebbene** l'approccio teorico e di *vision* generale adottato al riguardo appare in effetti abbastanza ampio, poi però, anche su questo territorio Regionale, la concreta realizzazione dei LIV.E.A.S. appare però attualmente come ancora troppo fortemente condizionata dalla concezione per cui vi sia al riguardo una troppo limitata disponibilità di risorse, ritenuta come l'esito dei decisi tagli al settore socio-assistenziale operato dai vari Governi che si sono succeduti in questi ultimi anni.

Per quanto mi riguarda, invece, ritengo tuttavia troppo riduttivo affrontare il problema della situazione presente ed immediatamente futura dei Servizi territoriali sanitari e sociali della Regione Emilia Romagna (e, conseguentemente, della Psicologia e della figura professionale della Professione di Psicologo all'interno di essi) in una semplice ottica di “disponibilità delle risorse”, concetto che ritengo troppo limitato nel senso che esso mi pare applicabile solo a contesti temporali molto specifici e contenuti. Mi sembra invece più corretto avvicinarmi specificatamente a questo tema attraverso l'uso di un concetto più vasto e, proprio per questo, di maggiore utilità e di più forte argomentazione: vale a dire quello di **sostenibilità**.

Al riguardo, alcuni dei concetti che ora esporrò mi sono stati ispirati, mi sembra doveroso evidenziarlo, dalla lettura del recente articolo di Pietro Pellegrini *Un contributo per il futuro del welfare*, attualmente in corso di pubblicazione.

In primo luogo appare necessario evidenziare in proposito che, al momento attuale, ci troviamo in presenza a livello sia Nazionale che Regionale di un Sistema di *welfare* in rapida e sostanziale trasformazione, proprio perché la situazione sociale italiana ed i bisogni che al riguardo esso dovrebbe fronteggiare appaiono, essi stessi, estremamente fluidi e mutevoli.

Ad esempio anche nel nostro Paese, a partire dal 2015, si è verificata una riduzione dell'aspettativa di vita complessiva della popolazione residente.

Tale accorciamento, in particolare, risulta essere assai maggiore per le persone meno istruite e che effettuano lavori usuranti e, soprattutto, per coloro che vivono in condizione di povertà o addirittura di emarginazione ed hanno, perciò, maggiori difficoltà sia a seguire stili di vita almeno sufficientemente salutari sia ad accedere ai Servizi in caso di necessità.

Nelle società occidentali uno dei temi più rilevanti al riguardo è quindi l'oscillazione della durata di vita: e soprattutto, all'interno di essa, il problema dell'aumento del numero delle persone che vivono
larga parte della vita con una
condizione di patologia o,
comunque, di un significativo
grado di disabilità.

Tutto ciò (Pellegrini, 2016, cit.) ha fatto sì che l'attenzione degli operatori e delle Aziende del complessivo Sistema nazionale del *welfare* si sia fortemente ampliata dalla semplice ricerca della guarigione (obiettivo che rimane comunque primario) ad altri aspetti quali il livello di funzionamento psicosociale, la qualità della vita, la soddisfazione soggettiva, il benessere dei singoli e della collettività nel suo insieme.

Peraltro, anche in Italia ciò non riguarda soltanto (o preminentemente) la popolazione anziana, ma si estende ormai a vaste fasce della popolazione di età molto più giovane: si pensi, ad esempio, all'abbandono scolastico (attualmente al 15% in Emilia Romagna), agli adolescenti o post-adolescenti cosiddetti "Né-né" ("Né lavoro né studio": in Inglese "N.E.E.T.", e cioè "Not in Education, Employment or Training", fenomeno per molti aspetti analogo a quello degli "Hikikomori" giapponesi), oppure alla purtroppo crescente disoccupazione giovanile, con tutti i correlati problemi sanitari di questi fenomeni sociali, che si esprimono soprattutto in termini di **incidenti stradali, disturbi mentali e da sostanze, stili di vita non salutari,** o addirittura attraverso **comportamenti deliberatamente autolesivi o autodistruttivi.**

Va infine precisato che, nel totale (circa 600) di Psicologi qui considerato in relazione lavorativa diretta con le AUSL del territorio di questa Regione (come Dipendenti in ruolo, come Dipendenti “precari” oppure inseriti nella cosiddetta “Attività Specialistica Ambulatoriale”), ve ne sono **circa una cinquantina** che di fatto non svolgono attività sanitaria nei Servizi sanitari territoriali veri e propri, o perché **attivi presso le Carceri e le R.E.M.S. presenti in Emilia-Romagna (circa 35,** pari quindi al **6%** del totale) oppure perché, all’interno delle AUSL, sono chiamati a svolgere **attività formativa o gestionale (circa 18,** pari quindi al **3% circa** del totale).

Sulla base di queste considerazioni e dei sopracitati riferimenti legislativi, e con particolare riferimento alle ultime disposizioni approvate a livello nazionale riguardo ai L.E.A., vediamo quindi ora quali attività sanitarie o socio-sanitarie vengono oggi principalmente erogate dagli Psicologi nei Servizi Sanitari e Sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna.

Art. 28 comma 1 nuovi L.E.A : Servizi per le Dipendenze Patologiche - Assistenza sanitaria e sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche: accoglienza, psicodiagnosi, valutazione, elaborazione piani di trattamento, colloqui di sostegno, psicoterapie.

Art. 35 comma 1 nuovi L.E.A : Servizi per le Dipendenze Patologiche e Centri residenziali e semiresidenziali - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche

Sulla base dei dati non ufficiali in mio possesso, che attualmente vedrebbero come operativi nei Servizi territoriali dell'Emilia Romagna circa 600 Psicologi di cui però soltanto 430 circa di ruolo, sarebbero oggi impiegati nei Servizi per le Dipendenze Patologiche circa 90 Psicologi, pari quindi a circa il 16% del totale, di cui circa 60 di ruolo, 18 precari e 12 con contratto di Attività Specialistica Ambulatoriale.

Art. 26 comma 1 nuovi L.E.A : Servizi di Salute Mentale Adulti - Assistenza sanitaria e sociosanitaria alle persone con disturbi mentali: accoglienza, psicodiagnosi, valutazione, elaborazione piani di trattamento, colloqui di sostegno, psicoterapie.

Art. 33 comma 1 nuovi L.E.A : Servizi di Salute Mentale Adulti - Assistenza sanitaria e sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone adulte con disturbi mentali.

Sulla base dei dati non ufficiali in mio possesso, che attualmente vedrebbero come operativi nei Servizi territoriali dell'Emilia Romagna circa 600 Psicologi di cui però soltanto 430 circa di ruolo, sarebbero oggi impiegati nei Servizi di Salute Mentale Adulti circa 90 Psicologi, pari quindi a circa il 16% del totale, di cui circa 63 di ruolo, circa 24 precari e 3 con contratto di Attività Specialistica Ambulatoriale.

Art. 25 comma 1 nuovi L.E.A.: Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza (N.P.I.A.) - Assistenza sanitaria e sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo: accoglienza, psicodiagnosi, valutazione, elaborazione piani di trattamento, colloqui di sostegno, psicoterapie.

Art. 24 comma 1 nuovi L.E.A : Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza (N.P.I.A.) - Assistenza sanitaria e sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie

Art. 32 comma 2 nuovi L.E.A : Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza (N.P.I.A.) e Centri diurni o residenziali - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Art. 60: Centri per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico - Trattamento dei minori con disturbi dello spettro autistico. Questo articolo dei L.E.A. 2016 cita specificatamente le **Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico",** che, a loro volta, contengono vari rimandi alla necessità del ricorso, in questo ambito, ad **attività di tipo "psico-educativo".**

Ai Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza (N.P.I.A.) afferiscono inoltre, in Emilia-Romagna, anche tutta una serie di attività sanitarie e socio-sanitarie a marcata caratterizzazione psicologica direttamente riferibili alla cosiddetta “integrazione socio-sanitaria” svolta in stretta relazione con gli Organi Giudiziari, quali ad esempio tutte le funzioni legate alla cosiddetta “tutela dei minori” con problematiche familiari (carenza educativa, elevata conflittualità genitoriale ecc.) o con adolescenti o preadolescenti autori di reato. Tali attività vengono poi concretamente svolte soprattutto in interazione con i Servizi ed i Poli Sociali dei Comuni o le Aziende per i Servizi alla Persona presenti nei territori, sia in tali sedi che nei cosiddetti “C.A.G.E.” (“Centri per l'Adolescenza e la Giovane Età”). Nei C.A.G.E. inoltre, anche in collaborazione con i Centri e le Comunità Terapeutiche residenziali e seniresidenziali, si svolge inoltre gran parte dell'attività legata al contrasto dei cosiddetti “Esordi psicotici in Adolescenza”.

Da non dimenticare inoltre , tra i Servizi sanitari territoriali dell'Emilia-Romagna specificatamente dedicati all'Adolescenza, i cosiddetti **“Spazi Giovani”** destinati a consuele e supporti psicologici nell'ambito della sessualità, della contraccezione e della genitorialità responsabile. Vanno inoltre ricordate, per questa fascia di età ed anche per quelle limitrofe, le **attività psicologiche di contrasto ai Disturbi del Comportamento Alimentare (D.C.A.)**, che attualmente vedono impiegati circa 25 Psicologi dei Servizi Sanitari territoriali dell'Emilia-Romagna che sono perciò attivi sia nei Servizi di Neuropsichiatria infantile che in quelli della Salute Mentale Adulti.

Sulla base dei dati non ufficiali in mio possesso, che attualmente vedrebbero come operativi nei Servizi territoriali dell'Emilia Romagna circa 600 Psicologi di cui però soltanto 430 circa di ruolo, sarebbero oggi impiegati nei Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza circa 250 Psicologi, pari quindi a circa il 42% del totale, di cui circa 200 di ruolo, circa 46 precari e 4 con contratto di Attività Specialistica Ambulatoriale.

Di questi 250 Psicologi, in particolare, circa 25 opererebbero nei cosiddetti “Spazi Giovani”, circa 75 nell’ambito delle attività in collaborazione con i Servizi Sociali ed eventualmente anche con gli Organi Giudiziari (la cosiddetta “Tutela Minori” ricompresa tra le attività della “Integrazione socio-sanitaria”) e circa 150 nei Centri di Neuropsichiatria infantile propriamente detti, al cui interno stanno anche i Centri per l’Autismo ed i C.A.G.E.

Ad essi vanno inoltre aggiunti circa 10 Psicologi che si occupano di Disturbi del Comportamento Alimentare in età evolutiva.

Art. 59 comma 8 nuovi L.E.A : Servizi Salute Donna - Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità. In quest'ambito, tra le varie attività psicologiche attualmente svolte, appaiono di particolare importanza sia i corsi e le attività di sostegno psicologico e di Training psico-fisico alle madri nel periodo prenatale sia le attività di valutazione e sostegno psicologico nel periodo immediatamente successivo al parto.

Sulla base dei dati non ufficiali in mio possesso, che attualmente vedrebbero come operativi nei Servizi territoriali dell'Emilia Romagna circa 600 Psicologi di cui però soltanto 430 circa di ruolo, sarebbero oggi impiegati nei **Servizi Salute Donna** (gli ex **“Consultori famigliari”**) circa **67** Psicologi, pari a circa l' **11%** del totale, di cui circa **52** di ruolo, circa **11** precari e **4** con contratto di **Attività Specialistica Ambulatoriale**. Tra di essi vanno ricompresi anche i **6** Psicologi operanti, in Emilia-Romagna, nei due **Centri per il trattamento degli autori di violenza domestica** al momento attivati.

Art. 27 comma 1 nuovi L.E.A :
Servizi di Neuropsicologia -
Assistenza sociosanitaria alle
persone con disabilità ed ai loro
famigliari, **ad esempio** attività di
sostegno psicologico o di
valutazione psicodiagnostica,
anche in collaborazione con gli
altri operatori sanitari e socio-
sanitari a ciò adibiti.

Art. 29 comma 1 nuovi L.E.A :
Centri residenziali e
semiresidenziali per le
demenze - Assistenza
residenziale extraospedaliera
ad elevato impegno sanitario:
attività riabilitative e
psicoeducazionali agli
assistiti e alle loro famiglie.

Sulla base dei dati non ufficiali in mio possesso, che attualmente vedrebbero come operativi nei Servizi territoriali dell'Emilia Romagna circa 600 Psicologi di cui però soltanto 430 circa di ruolo, sarebbero attualmente impiegati nei
Consultori per le Demenze e negli altri Centri di Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità ed ai loro
famigliari circa 20 Psicologi, pari a circa il 3,3 % del totale, di cui circa 12 di ruolo, 7 precari ed 1 con contratto di Attività Specialistica Ambulatoriale.

Art. 23 comma 1 nuovi L.E.A :
Servizi delle Cure Primarie -
Cure palliative domiciliari, in
collaborazione con gli addetti
sanitari e socio-sanitari
all'assistenza domiciliare.

Sulla base dei dati non ufficiali in mio possesso, che attualmente vedrebbero come operativi nei Servizi territoriali dell'Emilia Romagna circa 600 Psicologi di cui però soltanto 430 circa di ruolo, sarebbero attualmente impiegati nei Servizi per le Cure palliative domiciliari pochissimi Psicologi, pari a circa lo 0,7% circa del totale.

**Art. 31 comma 1 nuovi
L.E.A : “Hospices” -**

**Assistenza sociosanitaria
residenziale alle persone
nella fase terminale della
vita ed ai loro familiari.**

Sulla base dei dati non ufficiali in mio possesso, che attualmente vedrebbero come operativi nei Servizi territoriali dell'Emilia Romagna circa 600 Psicologi di cui però soltanto 430 circa di ruolo, sarebbero attualmente impiegati negli “**Hospices**” pochissimi Psicologi, pari a circa l’ **1%** circa del totale.

In tutti i Servizi in cui sono presenti, e che sono stati sin qui citati, gli Psicologi possono inoltre svolgere sotto forma di "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" almeno una quindicina di specifiche attività di loro specifica competenza, anch'esse declinate all'interno del Documento del 2016 sui L.E.A. Esse sono le seguenti:

93.37 TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva. Ciclo di 12 sedute.

94.01.1 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA.

94.01.2 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET. Test di sviluppo psicomotorio.

94.02.1 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura.

94.02.2 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS].

94.08.1 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE.

94.08.2 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO-SPAZIALI.

94.08.3 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'.

94.08.4 ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)

94.08.5 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE

94.08.6 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING

94.09 COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO

94.3 PSICOTERAPIA INDIVIDUALE

94.42 PSICOTERAPIA FAMILIARE

94.42.1 PSICOTERAPIA DI COPPIA

94.44 PSICOTERAPIA DI GRUPPO (Max 10 partecipanti).

Tutto quanto evidenziato sinora conferma chiaramente, a mio avviso, che al momento attuale ci troviamo a livello sia Nazionale che Regionale in una fase in cui il Sistema del welfare si sta rapidamente e sostanzialmente modificando, sia per la necessità di far fronte con le diminuite risorse disponibili ai bisogni di assistenza sanitaria e sociale storicamente presenti sul territorio sia dall'avvio della prima riforma Sanitaria (L. 833/1978) sia per rispondere in modo almeno sufficientemente adeguato ad una serie di nuovi fenomeni sociali che si stanno sempre più manifestando, con i sicuramente consistenti bisogni sanitari e sociali che essi di conseguenza evidenziano.

Utilizzando pertanto, a questo proposito, il sopra citato concetto chiave di **sostenibilità**, occorre ricordare che, oltre quella meramente economica, vi sono anche le **sostenibilità sociale, politica ed etica**. Quindi (Pellegrini, 2016, cit.) **è solo attraverso una visione di insieme che pare possibile affrontare i diversi problemi che stanno con forza emergendo e costituiscono lo scenario comune a tutti**: ed è interesse della collettività e di ciascuno affrontarli in modo complessivo, e non settoriale e parziale.

Sul piano sociale si è oltretutto verificata nel nostro Paese, in questi ultimi vent'anni ed a partire dalla cosiddetta "Riforma ter del Sistema Sanitario Nazionale" (D.Lgs. 229/1999), una progressiva separazione tra Sanità ed attività di Assistenza sociale, essendo invece stata quest'ultima affidata alla gestione dei Comuni o delle cosiddette A.S.P. ("Aziende per i Servizi alla Persona"). Al contrario, oggi appare sempre di più evidente che ogni programma di cura dovrebbe invece inserirsi all'interno del più ampio "progetto di vita", il quale implica scelte (con chi, dove, come vivere) del tutto personali e, almeno a mio avviso, assolutamente fondamentali per la sua riuscita o meno.

L'interazione fra programma di cura (nel quale è presente in modo particolare la posizione dei sanitari) **e progetto di vita** (di dimensione invece più "sociale")

rappresenta un complesso problema non solo di tipo tecnico, ma anche etico, ed in particolare nella definizione deontologica del limite operativo degli interventi sul singolo individuo e sul suo contesto relazionale e sociale da parte dei professionisti che rappresentano il momento più direttamente operativo del Sistema del *welfare* pubblico.

Afferma al riguardo Pietro Pellegrini nel suo citato articolo di prossima pubblicazione:

"Gli operatori si devono sempre più preoccupare non solo di somministrare farmaci o di fornire prestazioni squisitamente sanitarie, ma soprattutto di ricreare relazioni "familiari", sistemi di comunità, definire risorse, vedere come creare opportunità e lavoro-socialità.

Questa visione richiede un cenno all'**integrazione sociale e sanitaria**, poiché, per quanto siano stati fatti grossi sforzi per costruire funzionali modelli di collaborazione (equipe integrate, U.V.M., U.V.G. ecc.), oltre una forte disomogeneità si colgono **i limiti di un'integrazione che, attualmente, è pressoché solo professionale e non sempre adeguata nemmeno su tale piano.**

Ne deriva, pertanto, la necessità di una migliore sintesi sia professionale sia istituzionale.

Si è infatti passati (o si sta passando) da un insieme di prestazioni precostituite nelle quali l'operatore sa cosa serve ecc. a **soluzioni personalizzate che non solo tengono conto ma partono dalle esigenze e dalle visioni-
aspettative della persona".**

Per realizzare questi tipi di interventi vi è la **necessità di una visione unitaria e complessiva che sappia fortemente riqualificare e diversificare gli interventi e le proposte sulla base dei principi sopra esplicitati e che sappia anche accogliere le opportunità che vengono dalle nuove leggi** (ad esempio quella sul “*dopo di noi*”).

Progettare per tempo risposte (nel “*durante noi*”) significa **attuare interventi condivisi secondo disposizioni anticipate** il che è molto diverso dal dover rispondere in emergenza (ad esempio per assistere un soggetto disabile non autosufficiente rimasto “improvvisamente” solo).

Per facilitare questo passaggio dalla logica tendenzialmente riparatoria e di corto respiro (che fa sentire gli operatori dei servizi tutti in affanno) a quella programmatoria e di lungo termine sarebbe pertanto, a mio avviso, estremamente utile il **superamento delle A.S.P., trasformando le attuali A.U.S.L. in "Aziende Sanitarie e Sociali" come era, del resto, al loro sorgere.**

Non è questa la sede per approfondire tale complesso tema, ma comunque appare sicuramente necessario, a mio avviso, **ripensare profondamente e con urgenza il rapporto politico e gestionale tra *welfare* sanitario e *welfare* sociale.**

Conclusioni

A livello specifico della Regione Emilia-Romagna, negli ultimi anni si sono arricchiti i riferimenti normativi ed operativi a disposizione dei vari operatori, inclusi gli Psicologi, per le concrete pratiche professionali: ed **ai programmi esistenti da più tempo** (Salute Mentale Adulti, Neuropsichiatria e Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Dipendenze Patologiche) che sono stati periodicamente rivisti, **si sono aggiunti Linee di indirizzo o Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (P.D.T.A.) per Disturbi del Comportamento Alimentare, Disturbi dello Spettro Autistico, Esordi Psicotici, Disturbi di Gravi della Personalità, A.D.H.D., Disturbi Specifici dell'Apprendimento (D.S.A.)**.

Si è altresì prestata maggiore attenzione alla gestione delle terapie farmacologiche e alla valutazione dei processi e degli esiti, e sono state ulteriormente sviluppate le collaborazioni strategiche (come ad esempio il “Programma Leggieri” verso i medici di base), favorita la c.d. Residenzialità “leggera” ed introdotti vari altri strumenti innovativi (I.P.S., Budget di salute).

Sono state inoltre sviluppate e promosse raccomandazioni per la prevenzione del Suicidio nei contesti ospedalieri e in quelli territoriali, per la prevenzione degli allontanamenti dei pazienti dai luoghi di cura, per la riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di gravi reati. Sono stati perfezionati gli interventi negli Istituti Penitenziari, si è proceduto alla realizzazione della legge 81/2014 e nel 2015 sono stati attivati i nuovi percorsi e le R.E.M.S. ed è stato chiuso l'O.P.G. di Reggio Emilia.

Sul piano organizzativo, dopo la strutturazione dei Dipartimenti di Salute Mentale Dipendenze Patologiche, si sono avute sperimentazioni diverse e, in alcuni casi, dagli esiti contrastanti. Ad esempio, nell'A.U.S.L. della Romagna la collocazione della N.P.I.A. al di fuori del D.S.M.-D.P. anche a mio avviso contrasta chiaramente con la visione della continuità della salute mentale nelle diverse fasi della vita.

In ambito regionale appare altresì molto difforme la collocazione e la strutturazione della Psicologia Clinica e di Comunità, che non è stata istituita in tutte le Aziende Sanitarie, e, anche laddove essa è stata attivata, vede l'adozione di modelli tra loro molto difformi e, spesso, anche non del tutto funzionali rispetto alle esigenze a cui dovrebbero rispondere.

Molti punti meriterebbero un approfondimento ma voglio terminare con la **questione etica: gli standard etici, morali e politici in continua e reciproca influenza sono infatti al tempo stesso premessa, senso e conseguenza di ogni programmazione e realizzazione di un efficace ed efficiente sistema di welfare.**

Afferma in particolare, al riguardo, il notissimo sociologo Zygmunt Bauman:

“Ritengo che **il futuro del lavoro sociale (...)** non dipenda da classificazioni o procedure né da un atteggiamento riduzionistico rispetto alla varietà e alla complessità dei bisogni e dei problemi umani. **Dipende, invece, dagli standard morali della società di cui tutti siamo abitanti. Sono questi standard etici, ben più della razionalità e dell’accuratezza degli operatori sociali, a trovarsi oggi in crisi e a repentaglio**” (Bauman, Z., 2007).

Lo scenario delle persone che vivono ai margini della società e a volte anche della stessa sopravvivenza, e comunque in condizioni di abbandono o di grave difficoltà, non riguarda più, ormai, solo una piccola minoranza (senza tetto, *clochard* ecc.) ma tende purtroppo ad espandersi. Ciò rappresenta uno dei maggiori problemi etici che il Sistema del *welfare* anche nel nostro Paese di trova ad affrontare, insieme a quello del sostegno alle fasce deboli e alle famiglie al fine di contrastare le diverse povertà (economica, culturale, sociale ecc.) che rischiano invece sempre maggiormente di evidenziarsi.

La creazione di percorsi per categorie diagnostiche ha certamente migliorato la *competence* degli operatori e la qualità della risposta dei Servizi: ma, a mio avviso, **tali procedure vanno coniugate con la capacità di mantenere una visione d'insieme della persona e della famiglia** e, al contempo, di **fondare gli interventi su un terreno comune a tutti, su un contesto sociale inclusivo che eviti il ricrearsi di mondi separati (anche se "speciali")**.

Il percorso certamente positivo va visto in un quadro che sappia **collocare i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (P.D.T.A.) in una visione unitaria che possa evitare una frammentazione degli interventi** (deteriori specialismi, trattamento solo del “tipico” ecc.) e sappia affrontare adeguatamente le molteplici *co-morbilità* (così genericamente definite dai clinici) ma vissute in modo unico e irripetibile dal singolo paziente e dalla sua famiglia. **Si rende quindi necessario un passaggio dalla concezione del P.D.T.A. per patologia** (Esordio psicotico, D.C.A., Disturbo grave della Personalità, abuso e/o dipendenza da eroina o altre sostanze ecc.) **a P.D.T.A. personalizzato, fatto cioè “su misura” per quella persona specifica pensata come unica, irripetibile, e soprattutto come risorsa partecipe e attiva nel percorso,** nel quale il sistema sanitario dovrà essere in grado di affrontare il complesso di situazioni patologiche che la persona vive.

In tale contesto organizzativo complessivo del Sistema del welfare, ovviamente, la figura dello Psicologo appare assolutamente centrale, proprio per le capacità, che le sono generalmente riconosciute come peculiari, di raccordo a livello “individualizzato” delle funzioni specificatamente “sanitarie” con quelle più “sociali”. Ma questo, a livello della Regione Emilia-Romagna, a mio avviso ancora non trova un adeguato riconoscimento a livello professionale specifico, e questo a causa di due pesanti criticità che vorrei ora evidenziare in modo assolutamente univoco:

1) Non esiste, da parte della Regione, una chiara indicazione riguardo all'istituzione ed alla strutturazione della Psicologia Clinica e di Comunità, che come già ho sottolineato non è stata istituita in tutte le Aziende Sanitarie e, anche laddove è stata invece attivata, vede l'adozione di modelli tra loro molto difforni che, spesso, appaiono più chiamati a rispondere a necessità ed esigenze di tipo particolaristico che a bisogni realmente presenti nel tessuto socio-sanitario locale.

2) Sempre in ambito regionale, inoltre, appare altresì molto difforme la collocazione degli Psicologi nei vari Dipartimenti, con uno squilibrio spesso immotivato (e di fatto non sempre funzionale in modo ottimale rispetto alle esigenze a cui essi dovrebbero invece rispondere) **che rischia di costituire un vero e proprio spreco anche rispetto alle risorse già immediatamente disponibili.**

In altri termini, le attuali riorganizzazioni in corso nelle varie Aziende Sanitarie e Sociali di questa Regione dovrebbero innanzitutto prevedere la capacità di lavorare in modo innovativo rispetto alle storiche “Unità Operative” dipartimentali: di costituire, cioè, reti “trasversali” di Professionisti, Servizi e Dipartimenti diversi in grado di individuare e realizzare per ciascun assistito le soluzioni operative più efficaci.

E questa, come si è già cercato di evidenziare, è una caratteristica da sempre in possesso della categoria professionale degli Psicologi, profondamente connaturata alla loro specifica professionalità: proprio il sapere psicologico può quindi essere quanto mai utile in questa fase storica del nostro Sistema di welfare, a patto che venga adeguatamente valorizzato attraverso formule organizzative ampiamente riconosciute e condivise che ne evidenzino, molto più di quanto sinora accaduto, l'autonomia e le competenze di cui ciascun professionista è portatore.

Al contrario, la mancanza di una riconosciuta ed efficace “regia” delle competenze psicologiche che le due criticità sopra esplicitate ancora evidenziano in troppe realtà sanitarie e socio-sanitarie della nostra Regione funge tuttora da “freno” (anziché da “propulsore” come invece una migliore e più valorizzante organizzazione delle competenze psicologiche potrebbe sicuramente comportare) **rispetto alla costruzione di un Sistema di welfare realmente adeguato rispetto alle potenzialità ed alle esigenze che questo territorio regionale esprime.**

E' questa "regia" delle attività psicologiche secondo un modello condiviso e diffuso, e che ovviamente non può essere delegata a nessun'altra professionalità presente all'interno del Sistema, che questa Amministrazione Regionale deve ora affermare in modo deciso e preciso, se non vuole rischiare, cosa che invece a tutt'oggi non si è ancora adeguatamente scongiurata, che ne risentano in modo negativo, da un lato, le motivazioni e le competenze complessivamente presenti nella categoria professionale degli Psicologi già attivi all'interno del Sistema, e, dall'altro, la reale capacità di risposta complessiva ai bisogni espressi dal territorio da parte del Sistema del *welfare* nel suo insieme.

Noi, come Psicologi dei Servizi territoriali dell'Emilia-Romagna, la nostra disponibilità concreta per raggiungere questo ambizioso obiettivo l'abbiamo sempre fornita.

Spetta ora alla Regione, quindi, fare la sua parte senza più tentennamenti, senza più alibi: senza più, soprattutto, risposte vaghe ed ambigue.

Noi, come Psicologi dei Servizi
territoriali dell'Emilia-
Romagna, la nostra
disponibilità concreta per
raggiungere questo ambizioso
obiettivo l'abbiamo sempre
fornita, senza tentennamenti e
senza ambiguità.

Grazie per l'attenzione