

ψ AUPI

Associazione Unitaria
Psicologi Italiani

notizie

2021

n. 3

Finalmente!

Aupi verso il congresso, partecipazione democratica e innovazione

Mozione per la modifica dello Statuto e, in questo numero, la scheda di votazione

SOMMARIO



1

Editoriale

Finalmente! - M. Sellini



6

Mozione per la modifica dello Statuto



Scheda di votazione della mozione di modifica statutaria (all'interno di questo numero)



13

Convenzione per anticipo TFS



14

Delibera Regione Veneto



18

Regione Sardegna



22

Regione Emilia-Romagna



83

Documento quotidiano Sanità



128

Dibattito sulla salute psicologica



129

Recensione - a cura della Redazione



130

Segreteria, consiglio direttivo componenti organi nazionali Aupi

134

Dipendenti/Aziende Sanitarie

135

Scheda adesione psicologi

136

Convenzionati aziende sanitarie

137

Form Aupi e Redazione Aupi Notizie

FINALMENTE!

Mario Sellini
Segretario Generale



L'avverbio '*finalmente*' diventa il filo conduttore di questo numero di AUPI-Notizie e lo ritroveremo spesso.

La pandemia sembra essere sotto controllo e lentamente stiamo tornando alla normalità. Questo ritorno alla normalità non è affatto univoco. Davanti a noi non abbiamo un percorso unico. Possiamo tornare ad una normalità pre-pandemica, facendo finta di niente, come se nulla fosse accaduto. Possiamo, invece conquistare una 'normalità', nuova, avanzata, evoluta, che tenga conto di ciò che è stata la pandemia, facendo tesoro di questa drammatica esperienza.

Possiamo far finta di niente, negare e rimuovere, facendo finta che l'esperienza di due anni non abbia prodotto effetti su di noi, sugli individui, sulla società sul modo di stare insieme, sullo sviluppo e sulla crescita soggettiva di adulti, adolescenti bambini, sull'economia, sul rapporto tra sviluppo collettivo e individuale, ancorché la grammatica della nostra vita quotidiana e dei nostri vissuti non è più la stessa.

Le due strade che si aprono dinnanzi ci portano in due mondi opposti: uno rivolto al passato, l'altro ci proietta verso il futuro.

Siamo ancora in mezzo al guado. Non è chiara la direzione che i nostri governanti vorranno indicare alla società. I segnali sono ancora contraddittori.

Proviamo ad interpretarli, partendo dall'economia.

La ripresa economica è in atto, con una velocità e volumi che vanno ben oltre le aspettative degli economisti. Entro il primo semestre del 2022 l'economia italiana dovrebbe recuperare per intero la quota del Pil andata persa a causa della pandemia.

L'economia nazionale corre molto più della media europea, e molto di più di quanto le agenzie internazionali avessero previsto.

L'uscita dalla crisi economica è molto più rapida dell'uscita dalla crisi sanitaria. In Italia, la ripresa economica diventerà ancora più corposa con l'iniezione di liquidità prevista dal PNRR. Oltre 200 miliardi di euro di investimento costituiscono un volano di straordinaria efficacia per la ripresa economica.

Ma per andare dove? È questa la domanda che ci dobbiamo porre. Per ritornare indietro, per realizzare un ritorno al passato, o per andare avanti?

Lo stesso PNRR non ci indica con chiarezza qual è la direzione da intraprendere.

Oltre 200 miliardi di euro da investire in conto capitale sono una cifra enorme. Anche i campi di intervento sembrano sfidanti: transizione ecologica, digitalizzazione, sviluppo sostenibile, istruzione, lavoro, sanità ecc. Settori importanti e qualificanti. Ma si tratta pur sempre di investimenti in conto capitale.

Cosa vuol dire "in conto capitale"?

Prendiamo come esempio la Missione Sanità del PNRR.

Circa 20 miliardi di investimenti disponibili, pari a circa il 10% del finanziamento complessivo previsto dal PNRR per l'intero sistema Italia.

Proviamo a dettagliare ancor di più l'esempio. Di questi 20 miliardi destinati alla Sanità, 2 miliardi, pari al 10% del totale destinato al settore sanitario, sono finalizzati all'attivazione/costruzione di alcune centinaia di Case della Comunità, in prospettiva 1 ogni 50/60.000 abitanti, perno

di quell'assistenza sanitaria territoriale, di prossimità, vicina ai cittadini, di cui abbiamo sentito la totale assenza nel corso dell'emergenza sanitaria. Assistenza sanitaria territoriale assolutamente carente, incapace di svolgere quel ruolo di filtro tra ospedale e territorio dei bisogni sanitari. Ben venga, finalmente, un investimento sull'assistenza sanitaria di prossimità.

Questi due miliardi costituiscono un investimento 'una tantum', in conto capitale. Servono ad attivare/costruire queste Case della Comunità; servono ad arredarle, a fornire la necessaria dotazione strumentale e tecnologica. E poi? Cosa facciamo una volta che le Case della Comunità sono pronte? Questo il PNRR non ce lo dice, ma soprattutto non lo finanzia. Eppure queste 'Case' hanno bisogno di qualcuno che le apra e le chiuda; hanno bisogno di tecnici che facciano funzionare le attrezzature, avranno bisogno di manutenzione, bisognerà sostenere i costi di funzionamento ecc. Ma soprattutto hanno bisogno di personale, di professionisti e dirigenti medici e sanitari che erogino le prestazioni sanitarie.

Il PNRR finanzia in conto capitale, ma non finanzia il "capitale umano e professionale" necessario. Eppure non è difficile predisporre un piano di finanziamento complessivo per ciascun ambito. Non è necessario essere esperti di economia sanitaria per sapere che a fronte di 20 miliardi di investimenti in conto capitale, quindi una tantum, servono 'tot miliardi', non finanziati dal PNRR, per spese di funzionamento, comprese le risorse professionali. Costi sicuramente inferiori all'investimento in conto capitale, ma che non possono essere finanziati una tantum.

Banalmente: se voglio comprare una Ferrari devo mettere in conto una spesa di 200.000,00 euro per l'acquisto. Ma questo è solo l'investimento iniziale, quello in conto capitale. Devo poi mettere in conto almeno 20.000,00 euro/anno di spese per la gestione, tasse, assicurazione, manutenzione ecc. Dopo 10 anni le spese di gestione ammonteranno a 200.000,00 euro pari al costo iniziale dell'auto.

Si tratta di un esempio basico, ma che indica il metodo che deve essere utilizzato.

Allora per rispondere alla domanda: 20 miliardi in Sanità per fare cosa? Abbiamo necessità di capire se il Parlamento vorrà finanziare i costi non coperti dal finanziamento del PNRR. Se non lo dovesse fare assisteremo ad un grandioso e costoso restyling, un bellissimo rinnovamento del design e del look delle strutture sanitarie. Rischiamo di creare tante cattedrali nel deserto destinate con il tempo a deteriorarsi senza aver mai funzionato. Contenitori senza contenuto.

Questa è una delle due possibili strade che si aprono, quella della rimozione.

L'altra strada quella che guarda al futuro facendo tesoro delle esperienze che derivano dall'aver vissuto la pandemia, per quanto riguarda la Sanità, ma non solo, richiede un modello di programmazione capace di guardare non solo al contenitore, ma anche al contenuto. E allora molto bene costruire le Case della Comunità, ma solo a condizione di metterle nelle condizioni di dare risposte ai cittadini. E chi è che può dare risposte ai cittadini? Sono i professionisti della Salute, gli erogatori delle prestazioni sanitarie richieste dai cittadini atte a garantire la prevenzione, la cura e la tutela complessiva del diritto alla Salute che la Costituzione indica come diritto inviolabile. Concetto di Salute che mai come oggi è inteso come insieme inscindibile di benessere e cura fisica e psicologica. Finalmente la declaratoria del concetto di Salute approvato decennio or sono dall'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità è diventata patrimonio comune e condiviso da tutti i cittadini. In Sanità, ma anche nella scuola o nel mondo del lavoro. La consapevolezza dei cittadini richiede una modifica profonda dei paradigmi su cui si fonda la tutela della Salute. Milioni di cittadini hanno capito che il loro benessere e la loro salute fisica è indissolubilmente legato alla salute ed al benessere psicologico. Il terrore vissuto da milioni di cittadini, contagiati asintomatici e familiari di asintomatici e non, reclusi in casa in quarantena, familiari di 130.000 deceduti, hanno fatto toccare con mano cosa vuol dire essere in buona salute, senza sintomi, ma non sapere cosa riserva l'immediato futuro.

Questa è la seconda strada, lo scenario, che si apre alla società italiana; un Parlamento, che consapevole dei cambiamenti necessari, stanziava le risorse necessarie a riempire di contenuti e professionisti le Case della Comunità e tutte le altre realizzazioni strutturali realizzate con le risorse del PNRR. E riempirle anche di Psicologi e Psicologia. Ecco il modo giusto per far tesoro del dramma che abbiamo vissuto e dal quale stiamo, forse, uscendo.

La ripresa economica, il recupero del Pil, non basta. Non è sufficiente. I parametri economici sono importanti ma non spiegano tutto. L'invito è a non sprecare le risorse del PNRR, far fruttare questi 200 miliardi anche perché sono un debito che deve essere restituito... dalle nuove generazioni. È una scommessa che dobbiamo vincere.

NOTA DI OTTIMISMO: LE RISPOSTE DEL GOVERNO

I primi documenti relativi alla prossima legge di stabilità, che sarà approvata entro il 31 dicembre, ci inducono ad un moderato ottimismo.

Il ministro Speranza è riuscito ad ottenere un incremento sostanzioso del Fondo Sanitario Nazionale che passa da circa 114 miliardi di euro del 2019 (pre pandemia) agli oltre 124 miliardi nel 2024.

Un cambio di passo importantissimo, un incremento del finanziamento forse mai realizzato prima.

È il segno tangibile che la politica italiana e l'Europa hanno finalmente compreso quanto il tema Salute stia a cuore ai cittadini e quanto sia importante non solo per tutti noi, ma anche per l'economia.

Finalmente ci si è resi conto che la tutela della Salute non è affatto un costo per gli Stati ma un investimento. Anche gli economisti più liberisti si sono resi conto di quali effetti devastanti può avere un problema di salute (COVID-19) sull'economia mondiale e dei singoli Stati.

Un problema di Salute pubblica ha provocato effetti catastrofici sull'economia mondiale e devastanti sulle persone,

pari a quelli provocati dalla seconda guerra mondiale. In Italia un crollo dell'economia pari ad oltre il 10% del Pil come non si registrava da allora.

Anche nelle Nazioni nelle quali l'idea di una Sanità completamente privatizzata è fortemente radicata nella cultura politica, (un esempio sono gli Stati Uniti), la crisi sanitaria ha richiesto investimenti pubblici che mai nessuno avrebbe neppure ipotizzato.

Questa nuova consapevolezza sia che fondi le sue radici su principi etici piuttosto che su una visione utilitaristica dell'economia e della finanza, crea i presupposti per realizzare un cambiamento nella gestione economica e politica della tutela della Salute.

L'incremento di 10 miliardi di euro previsto nella legge di stabilità 2022-2024 appare una cifra congrua per sostenere e dare corpo e sostanza ai 20 miliardi del PNRR da spendere in sanità. Per riempire di professionisti e operatori sanitari le Case della Comunità, per garantire ai cittadini le prestazioni sanitarie di cui necessitano, per rispettare l'impegno derivante dall'approvazione dei LEA

Siamo convinti che la percentuale di Pil da investire in sanità debba superare il 7%. Questo non ci impedisce di esprimere comunque la soddisfazione per il finanziamento previsto.

Il moderato ottimismo è ancor di più rafforzato dalla bozza di riforma dell'Assistenza sanitaria territoriale elaborata dal Ministero della Salute e dall'Agenas: **Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.**

Per la prima volta la psicologia e gli psicologi sono presenti ed in modo significativo in questi nuovi modelli. Siamo presenti in modalità assolutamente nuova, di completa rottura con il passato. Il nuovo modello di organizzazione della psicologia e degli psicologi nelle Aziende, fa riferimento all'art. 20bis della legge n. 176/2020 recepito nella bozza di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale con questa formulazione: "In un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni è necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche sul ver-

sante strettamente sanitario che su quello sociale. La Funzione aziendale (art. 20bis legge 176/2020) serve a coordinare il complesso delle attività trasversali degli Psicologi previste dai LEA e dalla normativa vigente ai diversi livelli, valorizzando la loro funzione sanitaria ad elevata valenza sociale. L'assistenza psicologica è assicurata e governata in ciascuna Azienda Sanitaria Locale dall'Area Funzionale di Psicologia il modello organizzativo e operativo, transmurale, prevede la seguente tipologia di offerta: a) ambito delle cure primarie; b) ambito intermedio dei servizi specialistici; c) ambito ospedale di comunità; d) ambito organizzazione."

La collocazione di questa Funzione è a livello distrettuale il che comporta l'implementazione della Funzione in tutti i distretti e in tutti gli ospedali di comunità. Siamo in presenza di un modello di funzionamento che supera l'attuale organizzazione per silos. Ma è anche una sfida per la Categoria e per la Professione.

Per la prima volta è messo nero su bianco il principio dell'autogoverno della Professione nelle Aziende Sanitarie. Si tratta di una svolta epocale che le nuove generazioni di Psicologhe e Psicologi dovranno ben sostanziare.

In questa bozza non mancano risultati che vanno ben al di là dei pur legittimi interessi di parte o apparentemente corporativi.

La previsione di un rilancio dei Consultori Familiari, almeno 1 ogni 20.000 abitanti che scende a 1 ogni 10.000 in particolari realtà, è un risultato storico e di enorme valenza culturale, professionale ed etica in una fase nella quale, questo servizio è oggetto di ristrutturazioni e riorganizzazioni fantasiose ma tutte rivolte ad una sua progressiva riduzione.

Per le donne, per le famiglie, i minori, è un rilancio importante.

Abbiamo elencato solo alcuni dei risultati ottenuti. È del tutto evidente che nulla accade per caso e ci è voluto tanto lavoro. È vero che siamo in presenza di una bozza, ma... possiamo essere ottimisti.

È la dimostrazione di quanto sia importante avere un sindacato di Categoria forte e determinato, con idee chiare. E questo è il messaggio che deve essere trasmesso alle centinaia di colleghe e colleghi, neoassunti, che finalmente vanno a coprire i vuoti di organico presenti nelle strutture sanitarie pubbliche.

Editore: Associazione Unitaria Psicologi Italiani A.U.P.I. Notizie - 3/2021, redazione e sede legale: Via Arenula 16 - Tel. 06.6873819 - Fax 06.68803822. Tipografia: Po.li.graf Srl - Via Vaccareccia, 41 - 00040 Pomezia (RM) - Periodico depositato presso il Registro Pubblico Generale delle Opere Protette. Registrazione del Tribunale di Roma n. 551 del 28/12/2000 - Direttore Responsabile: Mario Sellini.

Finalmente!

L'AUPI verso il Congresso: partecipazione democratica e innovazione

Finalmente si intravede la luce in fondo al tunnel. Finalmente, anche se con cautela, ci avviamo ad un ritorno alla normalità; finalmente molte delle restrizioni che hanno accompagnato la nostra attività e vita quotidiana si stanno allentando.

Finalmente anche l'AUPI può riprendere appieno la propria attività. Il primo, ma sostanziale passo nella direzione di un recupero della 'normalità', lo ha compiuto la Segreteria Nazionale. A marzo 2020, la Segreteria Nazionale si è vista costretta a sospendere, causa emergenza sanitaria, le procedure congressuali decise dal Direttivo Nazionale nella riunione del mese di novembre 2019.

Con la recente decisione della Segreteria Nazionale, le procedure congressuali per il rinnovo degli Organismi statuari dell'AUPI, riprendono da dove erano stati interrotte: votazione della proposta di modifica statutaria secondo le modalità previsto dallo Statuto vigente.

Alla scadenza del termine indicato nel Regolamento è pervenuta una proposta di modifica statutaria sulla quale sono chiamati ad esprimersi tutti gli iscritti.

La proposta di modifica statutaria, pur con tutti i limiti, è il frutto di una mediazione che ha tenuto conto di tante esigenze e sensibilità diverse.

L'esigenza maggiore è stata quella di proporre lo snellimento delle attuali procedure congressuali. Un sistema farraginoso, lungo e complesso, che rispondeva alle esigenze presenti e riconosciute tali nell'anno 2000. I 20 anni trascorsi dall'approvazione dell'attuale Statuto hanno cambiato il mondo. L'effetto più evidente è la 'velocità'. Velocità nelle comunicazioni; velocità nell'adozione dei provvedimenti; velocità nell'assunzione delle decisioni.

Questo ha fatto sì che, anche i processi elettivi necessitino di maggiore incisività e velocità. Il ricambio e l'elezione

della Segreteria Nazionale non può richiedere tempi biblici. Il cambiamento deve seguire i processi evolutivi della società. Non si può rischiare di arrivare in ritardo, di proporre soluzioni, programmi e progetti la cui implementazione sia lenta e complessa.

Altro elemento di forza e di novità è costituito dalla possibilità di ciascun iscritto di candidarsi individualmente. Possibilità già garantita a livello territoriale (aziendale, provinciale e regionale) ma non ancora per l'elezione alla Segreteria Nazionale.

Si realizza così una riduzione della distanza tra eletti ed elettori. Ciascun componente eletto saprà che deve rispondere ai propri elettori. La Segreteria Nazionale diviene luogo di sintesi e di decisione, fissando le priorità dell'azione sindacale, sulla base anche delle indicazioni del Direttivo Nazionale.

La figura del Segretario Generale diventa quella di un "primus inter pares". Un Segretario Generale "primo fra uguali", al quale è riconosciuta la dignità di leader nell'ambito di un gruppo di persone di pari dignità e valore. Una dignità di leader che deve essere riconosciuta, conquistata e confermata costantemente, giorno dopo giorno.

Oggi, in qualità di iscritti all'AUPI, abbiamo il compito di dire SÌ o NO a queste modifiche statutarie, riconoscere o meno la necessità di questo cambiamento. Come tutti i momenti di vera Democrazia gli elettori, tutti, nessuno escluso, hanno il potere di decidere le Regole. Il voto sulle regole è l'essenza stessa della Democrazia, molto più dell'elezione dei propri rappresentanti.

Fissate le regole del gioco si procederà poi alla presentazione delle candidature e subito dopo, tutti insieme saremo chiamati a decidere, con il nostro voto, le colleghe ed i colleghi che ci dovranno rappresentare.

M.S.

Mozione per la modifica dello Statuto

SCOPI FINALITA' E OBIETTIVI

Art. 1 - DEFINIZIONE

L'AUPI, Associazione Unitaria Psicologi Italiani, è l'organizzazione sindacale nazionale degli psicologi, con sede in Roma.

L'adesione alle strutture organizzative in cui si articola l'AUPI è aperta – indipendentemente da ogni opinione politica, convinzione ideologica, fede religiosa, gruppo etnico di appartenenza.

Possono aderire:

- gli Psicologi iscritti alla sez. A e B dell'albo degli Psicologi;
- i pensionati anche in assenza dell'iscrizione all'Albo degli Psicologi;
- gli studenti iscritti ai corsi di Laurea in Psicologia;
- i dirigenti e convenzionati del Servizio Sanitario Nazionale appartenenti al Profilo professionale di Biologo, Chimico, Fisico e Medico;

L'AUPI pone a base del suo programma e della sua azione il rispetto della Costituzione della Repubblica Italiana.

Art. 2 - IMPEGNI

L'AUPI si impegna verso gli iscritti a:

- assicurare ed organizzare la propria presenza ovunque essi operino ed a rappresentarli in ogni sede;
- conseguire trattamenti giuridici ed economici conformi alle loro reali esigenze procedendo alla stipula di accordi e contratti con le controparti pubbliche e private, sorvegliandone la fase di attuazione;
- contribuire ad elevare il loro livello di qualificazione professionale promovendo adeguati provvedimenti legislativi;
- tutelarli ed assisterli, nelle forme opportune, nelle vertenze sindacali in genere e nelle controversie nelle quali abbiano a trovarsi per l'espletamento delle loro attività sindacali.
- organizzare per proprio conto, in collaborazione con FORM-AUPI, e per enti istituzionali o privati convegni, seminari di studi, corsi di formazione e aggiornamento professionale, corsi di specializzazione professionale, attività didattiche e audiovisive e similari.

Art. 3 - OBIETTIVI

L'obiettivo dell'AUPI è la valorizzazione delle attività professionali degli Psicologi e dei Dirigenti del Servizio Sanitario di cui all'art.1, in tutte le sue possibili applicazioni e ambiti nonché la promozione, il collegamento e l'unità degli stessi in Europa e a livello internazionale.

A tal fine l'AUPI intende creare strumenti organizzativi e rivendicativi specifici per la valorizzazione e l'inserimento stabile di queste figure professionali, individuando e definendo anche nuovi contesti applicativi.

In quest'ottica l'ampliamento e la valorizzazione della professione in tutti i suoi campi di applicazione sono ritenuti indispensabili anche in considerazione della mobilità professionale europea.

Condizione generale per perseguire questi obiettivi è quella di operare per la piena affermazione della psicologia come un insieme di discipline scientifiche moderne.

L'AUPI, oltre che tutelare gli interessi degli iscritti, intende sviluppare l'informazione, la ricerca, la sperimentazione, la formazione, la verifica della efficacia, della qualità, dell'appropriatezza delle prestazioni, considerando questi come momenti fondanti della sua stessa attività, finalizzata al benessere e alla salute dei cittadini.

Tale attività deve avere lo scopo di arricchire e valorizzare la professione nei suoi campi d'intervento sulla persona, sul gruppo, sugli organismi sociali e sulla comunità.

A tal fine l'AUPI:

- assicura e promuove lo scambio di informazioni e contatti con tutte le realtà che si interessano alle suddette tematiche;
- promuove e realizza il coordinamento e la progettazione di interventi mirati alla crescita professionale degli iscritti;
- sviluppa attività di promozione culturale, di ricerca e di verifica, promuove ed organizza convegni, seminari, attività editoriali e ogni altra iniziativa tesa a favorire lo studio e il confronto sui temi di interesse dell'associazione e degli iscritti, realizzando a tal fine collegamenti con Università e altri enti e/o associazioni culturali di ricerca o formazione pubblici e privati a livello nazionale e internazionale.

Per il perseguimento degli scopi sociali, statutari e per le finalità proprie dell'Associazione, l'AUPI può dare vita, partecipare o aderire ad Organismi, anche autonomi rispetto ad essa, a strutture societarie anche di carattere non sindacale, alla cui amministrazione e/o controllo siano designati propri rappresentanti.

Art. 4 PARTECIPAZIONE

L'AUPI ritiene che i cardini su cui deve poggiare la vita sindacale sono:

- a) la garanzia della massima partecipazione di tutti gli interessati alla decisione;
- b) lo sviluppo della democrazia sindacale richiede la tutela delle minoranze, la salvaguardia delle pari dignità delle opinioni a confronto prima della decisione, la libera circolazione delle idee e delle proposte all'interno dell'organizzazione;
- c) ogni iscritto all'AUPI partecipa in uguaglianza di diritti con gli altri iscritti, personalmente od a mezzo di delegati, nelle forme indicate dal Regolamento, alla formazione delle deliberazioni e delle istanze superiori ed è eleggibile alle cariche direttive; può ritirare la sua adesione al sindacato;

- d) tutte le cariche direttive sono elettive; le elezioni degli organi dirigenti devono essere rinnovate entro i periodi di tempo stabiliti dal presente statuto; si può ricoprire la stessa carica elettiva per non più di 3 (tre) mandati consecutivi; si auspica la promozione a tutti i livelli della rappresentanza sindacale della componente femminile, in accordo con la forte presenza di genere esistente nella categoria;
- e) nelle elezioni degli organi direttivi da parte dei Congressi si applica il sistema del voto segreto;
- f) alle elezioni congressuali sono ammesse esclusivamente e per tutte le cariche, candidature individuali;
- g) tutte le elezioni di secondo grado e superiori, effettuate cioè non direttamente dagli iscritti ma da congressi di delegati hanno luogo sulla base del numero degli iscritti rappresentati dai delegati; I Regolamenti regionali definiscono le quote di rappresentanza in ragione di un Delegato per “n” iscritti. Per la validità delle elezioni sarà necessaria la presenza di almeno la metà più uno dei voti rappresentati;
- h) le decisioni dei Congressi e di tutti gli organi direttivi sono prese a maggioranza dei voti validamente espressi;
- i) il quorum strutturale per gli organi direttivi è della metà più uno dei componenti in prima convocazione e di 1/3 in seconda convocazione;
- l) le riunioni ordinarie delle assemblee primarie degli iscritti e di tutti gli organi direttivi devono essere tenute entro i periodi di tempo fissati dai rispettivi regolamenti, i quali devono prevedere la possibilità di convocazioni straordinarie su richiesta di un decimo degli iscritti o di un quarto dei componenti gli organi direttivi;
- m) garantire la massima partecipazione di tutti gli interessati alla decisione, la salvaguardia delle minoranze, pari dignità delle opinioni a confronto, prima della decisione, la libera circolazione delle idee delle informazioni.

Art. 5 - ORGANI DIRETTIVI ED ESECUTIVI

Organi Nazionali dell’AUPI sono:

- a) Congresso Nazionale;
- b) Consiglio Direttivo Nazionale;
- c) Conferenza delle Regioni;
- d) Segreteria Nazionale.

Organi decentrati dell’AUPI sono:

- a) delegati aziendali;
- b) segreterie provinciali;
- c) segreterie regionali.

Art. 6 - CONGRESSO

Il Congresso è il massimo organo deliberante di ciascuna delle istanze della struttura organizzativa dell’AUPI.

Il Consiglio Direttivo Nazionale decide a maggioranza assoluta dei presenti il regolamento per lo svolgimento del Congresso Nazionale.

Compito del Congresso Nazionale è determinare gli orientamenti generali e programmatici dell’AUPI mediante l’elezione dei componenti la Segreteria Nazionale.

È convocato dal Segretario Generale di norma ogni 4 anni, ovvero quando richiesto da almeno un decimo degli iscritti. Nel caso in cui il Consiglio Direttivo Nazionale revochi, con voto palese di almeno 2/3 (due terzi), degli aventi diritto, la fiducia alla Segreteria Nazionale, è tenuto ad attivare entro 30 giorni la convocazione del Congresso.

Solo al Congresso compete di deliberare sullo scioglimento dell'AUPI. Tale decisione sarà valida solo se presa a maggioranza qualificata di 3/4 (tre quarti) dei voti, in 3/4 (tre quarti) delle regioni.

Il Congresso delibera, con la maggioranza dei 2/3 (due/terzi) dei voti espressi, la modifica dello Statuto.

Il Congresso degli Organi decentrati dell'AUPI nei luoghi di lavoro è composto dall'assemblea generale degli iscritti, il dibattito è aperto a tutti, mentre la possibilità di votare o essere eletti è riservata agli iscritti.

Art. 7 - CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Il Consiglio Direttivo Nazionale è l'organo di direzione dell'AUPI; nell'ambito degli orientamenti decisi dal Congresso Nazionale, stabilisce le linee generali di politica professionale, sindacale, sanitaria, previdenziale e le direttive per tutte le altre attività, ed approva i Bilanci predisposti dalla Segreteria Nazionale. Svolge funzioni di indirizzo nei confronti della Segreteria Nazionale e degli organi periferici.

È costituito dai Segretari Nazionali, dai Segretari Regionali, da un delegato per provincia eletto dal congresso provinciale. In prima applicazione e fino alla celebrazione dei congressi provinciali per l'elezione del delegato provinciale al Consiglio Direttivo Nazionale, il Segretario provinciale è componente del suddetto Consiglio Direttivo Nazionale. La carica di Segretario provinciale non è incompatibile con quella di delegato provinciale. Con apposito regolamento il Consiglio Direttivo Nazionale individua quali propri componenti uno o più rappresentanti

- della Specialistica ambulatoriale
- dei Liberi professionisti
- dei Pensionati

Elegge al suo interno un Presidente e un Segretario.

Il Consiglio Direttivo Nazionale è convocato dalla Segreteria Nazionale di norma due volte l'anno. È facoltà del Consiglio Direttivo Nazionale istituire su specifici argomenti, d'intesa con la Segreteria Nazionale, una o più Commissioni, con funzioni consultive o istruttorie.

Il Consiglio Direttivo Nazionale predispose il Regolamento per il proprio funzionamento e lo approva nella prima seduta utile.

L'assenza consecutiva, non formalmente giustificata e tempestivamente comunicata, a due riunioni del Consiglio Direttivo Nazionale determina la decadenza dalla carica di componente il Consiglio Direttivo Nazionale, di Segretario Regionale e/o Provinciale e di delegato provinciale e conseguentemente la convocazione del Congresso Regionale e/o Provinciale per la sostituzione, nonché della decadenza della nomina per i rappresentanti della specialistica ambulatoriale, dei liberi professionisti e dei pensionati.

Possono far parte del Consiglio Direttivo Nazionale anche i rappresentanti dei Dipendenti o Parasubordinati di comparti diversi dalla Sanità Pubblica.

D'intesa con la Segreteria Nazionale, il Consiglio Direttivo Nazionale può conferire cariche onorifiche ad iscritti che si siano distinti per particolari meriti professionali e sindacali.

Art. 8 - CONFERENZA DELLE REGIONI

La Conferenza delle Regioni è costituita dai Segretari Regionali in carica o da propri delegati e dal Segretario Generale. La Conferenza elegge un suo Coordinatore. In caso di assenza è sostituito dal Segretario regionale presente più anziano d'età. È l'organo di coordinamento deputato alla armonizzazione periferica delle politiche sindacali e della organizzazione dell'AUPI; esprime parere preventivo sulla stipula dei Contratti Collettivi Nazionali.

È convocata, in forma congiunta dal Segretario Generale e dal Coordinatore, di norma 3 (tre) volte l'anno, anche congiuntamente alla riunione della Segreteria Nazionale. È chiamata ad esprimersi, preliminarmente, sulle deliberazioni della Segreteria Nazionale concernenti aggregazioni pattizie, di natura federativa, confederativa, di affiliazione o di altro genere; approva i Regolamenti Regionali. La Conferenza delle Regioni su specifici argomenti può costituire delle commissioni al proprio interno.

Art. 9 - SEGRETERIA NAZIONALE

La Segreteria Nazionale è l'organo che assicura la gestione dell'AUPI, risponde della propria attività al Consiglio Direttivo Nazionale e alla Conferenza delle Regioni. È composta da 5 (cinque) Segretari Nazionali di cui uno con funzioni di Segretario Generale, uno di Vice-Segretario Generale e uno di Tesoriere.

La Segreteria Nazionale è eletta dal Congresso. Tutti gli iscritti esercitano il loro diritto di voto per posta. Le candidature con i relativi programmi sono individuali e sono presentate con le modalità previste dal Regolamento congressuale.

Ai sensi del presente articolo, sono eletti alla Segreteria Nazionale i candidati che hanno ricevuto più voti. La Segreteria così eletta, al suo interno, elegge il Segretario Generale, il Vice Segretario Generale ed il Tesoriere.

I componenti della Segreteria Nazionale possono sfiduciare una delle cariche con una maggioranza qualificata pari a 2/3 dei componenti. Entro 30 giorni la Segreteria Nazionale dovrà nominare il sostituto. Nel caso in cui è il Segretario Generale ad essere sfiduciato, ed in attesa dell'elezione del Segretario Generale, sarà sostituito dal Vice Segretario Generale.

Il Segretario Generale è, ai sensi della vigente normativa, il rappresentante legale dell'AUPI. In caso di assenza e/o di impedimento, la rappresentanza è delegata al Vice Segretario Generale.

Il Segretario Generale è responsabile della gestione amministrativo-contabile dei fondi e dei beni dell'AUPI. Entro il 31 marzo di ogni anno predisponde il bilancio consuntivo dell'esercizio precedente e quello preventivo per l'esercizio in corso. Gli esercizi si aprono al 1° gennaio e si chiudono al 31 dicembre.

La Segreteria funziona collegialmente e si riunisce su convocazione del Segretario Generale o su richiesta di un terzo dei suoi componenti. Alle riunioni della Segreteria partecipa il Coordinatore della Conferenza delle Regioni senza diritto di voto.

La Segreteria dà attuazione agli orientamenti generali determinati dal Congresso, dal Consiglio Direttivo Nazionale e dalla Conferenza delle Regioni. Assicura la direzione e lo svolgimento delle attività amministrative e gestionali, mantiene un contatto permanente con le Istituzioni, con gli altri sindacati e con le strutture regionali dell'AUPI.

La Segreteria Nazionale provvede all'organizzazione e al funzionamento degli uffici e servizi dell'AUPI, ne coordina l'attività nei vari campi, ed è responsabile delle pubblicazioni dell'AUPI. La Segreteria stabilisce le quote annuali di iscrizione e la relativa percentuale da assegnare alle sezioni regionali con le relative norme di autonomia per le spese. Con separato regolamento, emanato di concerto con la Conferenza delle Regioni, la Segreteria Nazionale stabilisce anche eventuali ristorni diretti alle segreterie Provinciali e/o aziendali.

La Segreteria Nazionale, previo parere vincolante della Conferenza delle Regioni e del Consiglio Direttivo Nazionale, delibera l'iscrizione di ulteriori profili professionali, in aggiunta a quelli indicati nell'art.1.

La Segreteria Nazionale nomina Referente Nazionale uno Specialista ambulatoriale, componente del Direttivo Nazionale, con mandato a partecipare ai Tavoli contrattuali dedicati o specifici.

Art. 10 - SEZIONI PROVINCIALI E REGIONALI

L'AUPI è articolata in Sezioni Regionali e Provinciali.

Sono organi direttivi ed esecutivi dell'AUPI regionale:

- Congresso regionale;
- Comitato direttivo regionale;
- Segreteria regionale.

Sono organi direttivi ed esecutivi dell'AUPI provinciale:

- Congresso provinciale;
- Segreteria provinciale.

Sono organi direttivi ed esecutivi dell'AUPI aziendale:

- Assemblea degli iscritti
- Segreteria aziendale

La composizione, il funzionamento, l'elezione delle Segreterie Provinciali, del Direttivo e delle Segreterie Regionali e degli organismi statuari aziendali sono normate con apposito regolamento, approvato dalle sezioni periferiche. Eventuali modifiche al Regolamento dovranno essere approvate dalla Conferenza delle Regioni. La carica di dirigente sindacale dell'AUPI è incompatibile con quella di dirigente di altre organizzazioni sindacali.

I componenti degli organismi Nazionali, Regionali, Provinciali e Aziendali assumono la qualifica di dirigenti sindacali.

I Segretari delle Sezioni periferiche convocano i rispettivi Organi direttivi almeno due volte l'anno e l'Assemblea degli iscritti almeno una volta l'anno.

In caso di mancata convocazione sarà compito della Segreteria Generale provvedere in merito.

Art. 11 - ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA E COLLEGIO DEI SINDACI

L'attività amministrativa dell'AUPI deve basarsi su una politica delle spese e delle entrate correlate alle esigenze e alle possibilità finanziarie di ciascuna struttura, e su una tenuta contabile tecnicamente efficiente basata su criteri di chiarezza, trasparenza e documentazione.

È fatto divieto di distribuire anche in modo indiretto, utili o avanzi di gestione, nonché fondi, riserve o capitale durante la vita dell'AUPI, salvo che la destinazione o la distribuzione non siano imposte dalla legge.

In caso di scioglimento per qualunque causa, il patrimonio è devoluto ad altra associazione con finalità analoghe o a fini di pubblica utilità, sentito l'organismo di controllo di cui all'art. 3, comma 190 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

A questo fine devono essere osservate le seguenti norme:

- a) compilazione annuale, alle date prestabilite, da parte della Segreteria, del bilancio finanziario composto dal conto economico consuntivo, dal conto patrimoniale e dal bilancio di previsione per l'anno successivo;
- b) il bilancio finanziario deve essere accompagnato da una relazione del Collegio dei Sindaci revisori. Il Collegio dei Sindaci revisori deve controllare periodicamente l'andamento amministrativo e verificare la regolarità delle scritture e dei documenti contabili;
- c) il Collegio dei Sindaci revisori presenta una relazione complessiva sui bilanci per il periodo intercorrente fra un Congresso e l'altro;
- d) ogni struttura deve tenere la contabilità analitica delle spese e inviare il rendiconto e la documentazione delle spese alla Segreteria Nazionale, per la predisposizione dei bilanci;
- e) i bilanci dell'AUPI sono pubblici. I componenti del Collegio dei Sindaci Revisori partecipano al Consiglio Direttivo Nazionale senza diritto di voto.

Il Collegio dei Sindaci revisori è composto da 3 a 5 componenti titolari e da 3 a 5 supplenti, eletti su collegio unico nazionale.

Il Collegio dei Revisori predispone il proprio regolamento di funzionamento che dovrà essere approvato dalla Conferenza delle Regioni.

Art. 12 - COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Il Collegio dei Probiviri è composto da 3 a 5 componenti e da 3 a 5 supplenti dei quali tre eletti su collegio unico nazionale, 1 designato dal Consiglio Direttivo Nazionale, 1 designato dalla Conferenza delle Regioni.

Compiti del Collegio dei Probiviri sono:

- a) provvedere all'istruttoria preliminare di ogni procedimento disciplinare attivato su iniziativa di un organo direttivo o su segnalazione di un singolo iscritto;
- b) provvedere all'esame dei ricorsi contro i provvedimenti disciplinari presentati dagli iscritti, per verificarne la corrispondenza o meno con le norme statutarie e decidere sull'inoltro all'istanza direttiva superiore a quella che ha comminato il provvedimento.

Il Collegio dei Probiviri predispone il regolamento di funzionamento dell'organo, che dovrà essere approvato dalla Conferenza delle Regioni.

I membri del Collegio dei Probiviri partecipano alle sedute del Consiglio Direttivo Nazionale, senza diritto di voto.

Norme Transitorie e finali

Le norme contenute nel presente Statuto, entrano in vigore dalla data della loro approvazione, espressa con il voto degli iscritti.

Per quanto non previsto o disciplinato dal presente statuto si fa riferimento alle norme di leggi vigenti in materia ed in particolare, per quanto applicabili, alle disposizioni del Codice Civile.

Convenzione per anticipo TFS

F.A.S.S.I.D.

Federazione AIPaC – AUIPI – SIMeT – SINAFO – SNR – Dirigenti

BANCO BPM SpA
Direzione Territoriale Centro-Sud
(Banco Popolare di Milano)
Filiale di Roma – Montecitorio
Dott. Marcello Saitta
Direttore

Oggetto: Richiesta di convenzione per anticipo TFS a favore dei nostri iscritti.

Egregio Direttore,

Le scrivo in qualità di Segretario Nazionale FASSID, a nome delle cinque Organizzazioni Sindacali (AIPaC, AUIPI, SIMeT, SiNaFO, SNR Dirigenti) aderenti alla Federazione, rappresentativa nell'Area della Dirigenza Medica e Sanitaria e firmataria dei vigenti CC.CC.NN.LL., aderente alla CODIRP, Confederazione Sindacale della Dirigenza nel Pubblico Impiego.

La FASSID rappresenta circa 10.000 Dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale appartenenti ai profili professionali di Medico, Psicologo, Farmacista, Biologo ecc.

Abbiamo preso visione delle convenzioni che il Vostro Istituto ha sottoscritto con alcune organizzazioni sindacali dell'Area della Dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale, convenzioni aventi per oggetto 'anticipo TFS' a favore di Medici e Dirigenti del Servizio Sanitario.

Le cinque sigle sindacali sono assolutamente interessate ad attivare a favore di tutti gli iscritti una convenzione simile a quelle da Voi già attivate.

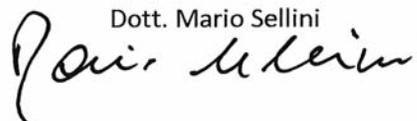
Restiamo in attesa di un gradito riscontro con le indicazioni relative alle procedure da seguire, alla documentazione da produrre ed ogni altro elemento ed informazione da Voi richiesto.

Distinti saluti.

Roma, 27 ottobre 2021

Segreteria Nazionale FASSID

Dott. Mario Sellini



Via Arenula 16 00186 Roma tel. 06 6893191 fax 06 68803822 email aupi.it@aupi.it

Assunzioni Regione Veneto: Continua il lavoro dell'AUPI Veneto e del segretario regionale dott. Nardo.

Da sottolineare un dato: la graduatoria del concorso è stata approvata il 29/10/2020. A distanza di 11 mesi, da questa graduatoria sono stati già assunti 53 colleghe e colleghi. È un risultato straordinario che conferma la volontà delle Aziende del Veneto di rispondere concretamente al fabbisogno di salute e benessere psicologico presente nel territorio.

Delibera Regione Veneto



DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 1684 DEL 31/08/2021

OGGETTO:

ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO DI N. 6 DIRIGENTI PSICOLOGI – DISCIPLINA PSICOTERAPIA, A FRONTE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE AUTORIZZATO, MEDIANTE UTILIZZO DI RELATIVA GRADUATORIA CONCORSUALE.

Il Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane, Dott.ssa Flavia Naverio, delegato, da ultimo, con deliberazione n. 4 del 01/03/2021, e sostituito dal Dirigente amministrativo dell'UOC Gestione Risorse Umane, Dott. Davide Alviggi, giusta nota prot. n. 114638 dell'1/07/2021;

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 604 del 13/08/2021 con la quale è stato approvato il piano assunzioni del 3° trimestre 2021, a fronte dell'autorizzazione regionale prot. n. 354255 del 09/08/2021, nel quale è prevista, tra l'altro, l'assunzione a tempo indeterminato di n. 6 dirigenti psicologi extra turn over;

Atteso che la Regione del Veneto, con deliberazione n. 258 del 09/03/2021 ad oggetto: *Disposizioni per l'anno 2021 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30/12/2016, n. 30 e art. 14, comma 1, della L.R. 28 dicembre 2018 n. 48 D.G.R. n. 8/CR del 9 febbraio 2021** ha dettato alle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale specifiche disposizioni in materia di personale a valere per l'anno 2021;

Dato atto che per disporre le citate assunzioni si ricorre all'utilizzo della graduatoria concorsuale approvata con deliberazione del Direttore Generale ULSS 9 n. 878 del 29/10/2020, utilizzabile a partire dal candidato collocato al 37° posto;

Ricordato che la suddetta graduatoria, ai sensi dell'art. 3, comma 61, della legge 24/12/2003, n. 350, nonché delle disposizioni di cui alla DGRV 258/2021, è stata concessa ad alcune AULSS della Regione Veneto per il relativo utilizzo;

Dato atto che i candidati utilmente collocati nella richiamata graduatoria si trovano nella seguente condizione:

pos.grad.	Candidato	note
38	L. A.	disponibile
39	P. C.	disponibile
40	P. M.	disponibile
41	L. S.	assunta da ULSS 3 Serenissima
42	C. F.	assunta da ULSS 6 Euganea
43	M. E.	assunta da ULSS 5 Polesana
44	A. N.	assunta da ULSS 6 Euganea
45	G. E.	assunta da ULSS 6 Euganea
46	P. A.	assunto da ULSS 3 Serenissima
47	B. A.	assunta da ULSS 6 Euganea
48	P. E.	disponibile
49	M. A.	disponibile
50	B. M.	assunta da ULSS 6 Euganea
51	B. S. S.	assunta da ULSS 5 Polesana
52	M. S.	assunta da ULSS 5 Polesana
53	F. C.	disponibile

Ritenuto, quindi, di disporre l'assunzione a tempo indeterminato dei candidati:

- 1) L. A. – 38° classificata
- 2) P. C. – 39° classificata
- 3) P. M. – 40° classificato
- 4) P. E. – 48° classificata
- 5) M. A. – 49° classificata
- 6) F. C. – 53° classificata;

Dato atto che le assunzioni in questione rientrano, nel piano triennale dei fabbisogni 2021-2023, approvato con deliberazione n. 147 del 08/04/2021;



Dato altresì atto che le assunzioni oggetto del presente provvedimento rientrano nel limite del tetto di spesa complessivo per il personale del SSR relativo all'anno 2021, comunicato dalla Regione Veneto nella nota di trasmissione della DGRV n. 258 del 09/03/2021, in attesa che con successivo decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale siano individuati gli obiettivi di costo che le singole Aziende del SSR dovranno conseguire nello stesso anno 2021;

DETERMINA

- 1) Di prendere atto di tutto quanto esplicitato in premessa e che in questa sede si intende integralmente richiamato;
- 2) Di procedere con l'assunzione a tempo indeterminato di n. 6 Dirigenti Psicologi di Psicoterapia, a copertura del fabbisogno di personale autorizzato, mediante l'utilizzo della relativa graduatoria concorsuale approvata con deliberazione del Direttore Generale ULSS 9 n. 878 del 29/10/2020;
- 3) Di disporre quindi l'assunzione a tempo indeterminato, previa stipula del relativo contratto individuale di lavoro, ai sensi del CCNL 19/12/2019 per l'Area della Sanità, nel profilo di Dirigente Psicologo – disciplina di psicoterapia, con rapporto di lavoro esclusivo, dei seguenti candidati:
 - 1) L. A. – 38° classificata
 - 2) P. C. – 39° classificata
 - 3) P. M. – 40° classificato
- 4) Di sottoporre i sunnominati al periodo di prova, qualora previsto, così come disposto dall'art. 12 del citato CCNL e di corrispondere agli stessi il trattamento economico previsto, per la posizione funzionale di appartenenza, dal CCNL vigente e le altre indennità dallo stesso contemplate;
- 5) Di dare atto, inoltre, come previsto dal relativo bando di concorso pubblico per il profilo professionale in oggetto, che *“l'assunzione in servizio a tempo indeterminato comporta l'obbligo di permanenza alle dipendenze dell'Azienda di prima assunzione per un periodo di cinque anni in conformità all'art. 35 del D. Lgs. 30.03.2001, n. 165, anche nel caso di utilizzo della graduatoria da parte di altre Aziende del S.S.R. ai sensi dell'art. 3, comma 61, della Legge 24.12.2003 n. 350”*;
- 6) Di dare atto che gli oneri derivanti dall'adozione del presente provvedimento, che ammontano a complessivi € 405.864/anno, saranno ricompresi negli appositi programmi di spesa economico-patrimoniali preventivi per l'anno 2021 – conto BA2160, BA2130 e YA0020;
- 7) Di dare atto, altresì, che la spesa derivante dalle assunzioni in oggetto rientra nel tetto di spesa complessivo per il personale del SSR relativo all'anno 2021, stabilito con DGRV n. 258/2021, in attesa del successivo decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale con il quale saranno individuati gli obiettivi di costo che le singole Aziende del SSR dovranno conseguire nello stesso anno 2021.

Il Direttore
UOC Gestione Risorse Umane
Davide Alviggi



DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 1684 DEL 31/08/2021

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE E DI ESECUTIVITÀ

La presente determinazione è divenuta esecutiva dalla data di adozione.

In data odierna copia della presente determinazione viene:

- Pubblicata per 15 giorni consecutivi nell'Albo on line, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32 – comma 1 – della L. 18.06.2009, n. 69 e s.m.i.
- Trasmessa al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 10 – comma 5 – della L.R. 14.09.1994, n. 56.

Verona, li 01/09/2021

P. il Direttore
UOC Affari Generali
Sig.ra Romana Boldrin

TRASMESSA PER L'ESECUZIONE A:

UOC Gestione Risorse Umane

TRASMESSA PER CONOSCENZA A:

Regione Sardegna



**SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ATS**

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° 5275 DEL 21/09/2021

Proposta n. 5739 del 20/09/2021

**STRUTTURA PROPONENTE: SC RICERCA E SELEZIONE DELLE RISORSE UMANE
Dott. Marco Biagini**

OGGETTO: Autorizzazione all'assunzione a tempo indeterminato di n° 30 Dirigenti Psicologi.

Con la presente sottoscrizione i soggetti coinvolti nell'attività istruttoria, ciascuno per le attività e le responsabilità di competenza dichiarano che la stessa è corretta, completa nonché conforme alle risultanze degli atti d'ufficio, per l'utilità e l'opportunità degli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.

RUOLO	SOGGETTO	FIRMA DIGITALE
L'istruttore e Responsabile del Procedimento	Dott. Walter Peddio	 PEDDIO WALTER Regione Autonoma della Sardegna 20.09.2021 12:31:41 GMT+00:00

La presente Determinazione prevede un impegno di spesa a carico della Azienda per la Tutela della Salute
SI [] NO [] DA ASSUMERE CON SUCCESSIVO PROVVEDIMENTO [X]

La presente Deliberazione è soggetta al controllo preventivo di cui all'art. 41 della L.R. 24/2020
SI [] NO [X]

IL DIRETTORE DELLA SC RICERCA E SELEZIONE DELLE RISORSE UMANE

VISTO il decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e ss.mm.ii.;

VISTA la legge regionale n. 24/2020 "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore";

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale n.1256 del 18/12/2017 con la quale è stato approvato il Funzionigramma relativo all'Area di Staff, all'Area Tecnica Amministrativa ed alle Strutture di Staff/Giuridico-Amministrative delle AA.SS.SS.LL successivamente modificato e riapprovato dalla Deliberazione del D.G. n.238 del 14/02/2018;

VISTO il provvedimento del Direttore Generale n. 11 del 18/01/2018 di attribuzione delle funzioni dirigenziali;

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale n. 555 del 20/04/2018 recante Definizione e attribuzione di attività, atti e provvedimenti alle SS. CC. afferenti al Dipartimento Risorse Umane;

VISTA la delibera del Commissario Straordinario n° 66 del 30/01/2020 con la quale è stato attribuito al Dott. Marco Biagini l'incarico di direzione della S.C. Ricerca e Selezione del Personale afferente al Dipartimento Risorse Umane;

DATO ATTO che il soggetto che adotta il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

RICHIAMATO il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 e ss.ii.mm. "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", il D.lgs 196/2003 recante il Codice in materia di trattamento dei dati personali, il Regolamento Europeo 679/2016, nonché il D.lgs 101/2018;

CONSIDERATO che è emersa la necessità di potenziare le attività sanitarie da assicurare attraverso il reclutamento a tempo indeterminato di nuove figure di Dirigente Psicologo per far fronte alle esigenze dei 3 Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Zona Sud/Centro/Nord e delle ASSL dell'ATS Sardegna;

CONSIDERATO inoltre che l'acquisizione di unità di personale a tempo indeterminato avrà quale conseguenza, una parziale riduzione della spesa per il personale a tempo determinato, nell'ottica di un progressivo allineamento al limite di cui all'art. 9, comma 28 del D.L. 31.05.2010 n. 78 convertito nella L. 30.07.2010 n. 122 in materia di contenimento della spesa per il personale a tempo determinato degli Enti del S.S.N., e altresì consentirà di perseguire l'obiettivo Aziendale di superamento del precariato;

RICHIAMATO il CCNL dell'Area Sanità 2016 – 2018 sottoscritto in data 19/12/2019;

VISTO l'articolo 1, comma 147, della legge n. 160 del 27 dicembre 2019 «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022», che ha disciplinato il regime di validità delle graduatorie dei Concorsi Pubblici;

RILEVATO che per il profilo in oggetto, ai fini del reclutamento a tempo indeterminato, nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale è vigente la sola graduatoria del Concorso Pubblico dell'ARNAS Brotzu approvata con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 864 del 28/07/2021;

ATTESO pertanto che lo scorrimento per il reclutamento a tempo indeterminato del profilo professionale di Dirigente Psicologo avverrà mediante utilizzo della graduatoria sopra indicata;

VISTA la Deliberazione del Commissario Straordinario n°449 del 09/06/2021 avente ad oggetto "Rettifica parziale della Deliberazione n°174 del 30/12/2020 di adozione del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale anni 2021/2023";

RITENUTO pertanto, in coerenza con il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2021/23, di dover procedere all'assunzione a tempo indeterminato in prova, mediante scorrimento della graduatoria del Concorso Pubblico dell'ARNAS Brotzu approvata con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 864 del 28/07/2021, di n. 30 Dirigenti Psicologi da assegnare alle diverse sedi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze e delle ASSSL dell'ATS Sardegna secondo le disposizioni della Direzione Sanitaria;

DATO ATTO che le assunzioni verranno effettuate dalla SC Ricerca e Selezione delle Risorse Umane dell'ATS Sardegna in rigoroso ordine di posizione mediante lo scorrimento della succitata graduatoria di Concorso Pubblico, in ottemperanza a quanto disposto dalla vigente normativa;

DETERMINA

per i motivi espressi in premessa:

1) DI AUTORIZZARE l'assunzione a tempo indeterminato in prova, mediante scorrimento della graduatoria del Concorso Pubblico dell'ARNAS Brotzu approvata con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 864 del 28/07/2021, di n. 30 Dirigenti Psicologi da assegnare alle diverse sedi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze e delle ASSSL dell'ATS Sardegna secondo le disposizioni della Direzione Sanitaria;

2) DI DARE ATTO che le assunzioni verranno effettuate dalla SC Ricerca e Selezione delle Risorse Umane dell'ATS Sardegna nel rigoroso ordine di posizione mediante lo scorrimento della succitata graduatoria di Concorso Pubblico e che in caso di rinuncia di ciascun candidato idoneo si procederà all'assunzione nei confronti del successivo avente diritto;

3) DI FORMALIZZARE l'assunzione di ciascun candidato che accetterà l'incarico di cui trattasi con successiva Determinazione del Direttore della S.C. Ricerca e Selezione Risorse Umane e quantificare, con la medesima, i costi derivanti dalle assunzioni a tempo indeterminato in argomento;

4) DI DEMANDARE alla SC Segreteria di Direzione Strategica, Affari Generali e Atti Amministrativi la pubblicazione all'Albo Pretorio on-line dell'Azienda per la Tutela della Salute Sardegna del presente provvedimento.

**IL DIRETTORE
SC RICERCA E SELEZIONE DELLE RISORSE UMANE**

Dott. Marco Biagini

Firmato digitalmente
da BIAGINI MARCO
Data: 2021.09.20
18:00:23 +02'00'

ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE

Nessun allegato soggetto a pubblicazione

ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE

Nessun allegato non soggetto a pubblicazione

Si attesta che la presente **determinazione** viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line dell'ATS dal
21 / 09 / 2021 al 06 / 10 / 2021

Delegato: **LEI GAVINO** Firmato digitalmente da LEI
GAVINO
Data: 2021.09.21 08:15:23 +02'00'

Il Direttore della SC Segreteria di Direzione Strategica, Affari Generali e Atti Amministrativi

ATS. Dott. /Dott.ssa _____

Regione Emilia-Romagna

Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1141 del 19/07/2021

Seduta Num. 34

Questo lunedì 19 **del mese di** luglio
dell' anno 2021 **si è riunita in** video conferenza

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Schlein Elena Ethel	Vicepresidente
3) Calvano Paolo	Assessore
4) Colla Vincenzo	Assessore
5) Donini Raffaele	Assessore
6) Felicori Mauro	Assessore
7) Lori Barbara	Assessore
8) Mammi Alessio	Assessore
9) Priolo Irene	Assessore
10) Salomoni Paola	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Felicori Mauro

Proposta: GPG/2021/1160 del 07/07/2021

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO ALLE AZIENDE SANITARIE PER L'AREA "PSICOLOGIA CLINICA DELLA SALUTE E DI COMUNITÀ" E DEFINIZIONE DEL MONITORAGGIO RELATIVO ALL'APPLICAZIONE DELLE LINEE STESSE NELL'AMBITO DEL TERRITORIO REGIONALE.

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Mila Ferri

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- La Legge 18.02.1989, n.56: Ordinamento della professione di psicologo;
- L'Accordo in Conferenza Unificata. 4 del 24 gennaio 2013 concernente il "Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM);
- Il D.P.C.M. 13 giugno 2006 Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi;
- Il DCPM 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- Il Decreto del Ministero della salute del 23 marzo 2018 Ordinamento della professione di psicologo;
- L'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021;
- Il DL 30 aprile 2019, n.35 "«Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.»;
- il decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, recante ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito con L. n. 176 del 18 dicembre 2020;
- il 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 (cd Decreto Rilancio, convertito con modificazioni del 17 luglio 2020 con legge n. 77;

Richiamate le seguenti leggi regionali:

- L.R. n. 29/2004, "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale";
- L.R. n. 38/2010 "Terapie del Dolore e Cure Palliative"
- L.R. n. 2/2014 "Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presenta volontariamente cura ed assistenza);
- L.R. n. 6/2014 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere";

- L.R. n. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria";

Viste le proprie deliberazioni:

- n. 590/2013 "Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza: "Progetto Adolescenza";
- n. 1677/2013 "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere";
- n. 291/2010 "Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale";
- n. 817/2016 "Schema di protocollo in materia di adozione tra Regione Emilia-Romagna, Tribunale per i minorenni dell'Emilia-Romagna, Anci Emilia-Romagna, Ufficio scolastico regionale per l'Emilia-Romagna, Enti autorizzati all'adozione internazionale Associazioni di famiglie adottive e loro coordinamenti";
- n. 1153/2016 "Modifiche urgenti alla DGR 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari" e successive modifiche";
- n.1134/2015 "Approvazione documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata alla persona con sclerosi multipla (SM) in Emilia Romagna";
- n. 1102/2014 Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni sociosanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento;
- n. 69/2016 Piano Regionale contro la violenza di genere;
- n. 417/2016 "Approvazione linee di indirizzo per le adozioni nazionali e internazionali, in regione Emilia-Romagna in attuazione del protocollo d'intesa di cui alla deliberazione del consiglio regionale 331/2002. Modifica della DGR 2080/2001";
- n. 2128/2016 "Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa";
- n. 1722/2017 "Indicazioni operative alle Aziende Sanitarie per la preservazione delle fertilità e la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e dei giovani adulti";
- N. 180/2018 Piano regionale pluriennale per l'adolescenza 2018/2020;
- N. 1899/2019 Presa d'atto della relazione finale della commissione tecnica per la individuazione di misure organizzative e procedurali appropriate nei procedimenti

preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento dei minori dalle famiglie di origine;

- N. 159/2019 Percorso diagnostico terapeutico assistenziale nelle demenze;
- N. 2051/2019 "Indicazioni alle aziende USL per la salute negli istituti penitenziari";

Viste le seguenti raccomandazioni trasmesse alle Aziende sanitarie dalla Direzione generale Cura della persona, salute e welfare:

- "Linee di Indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area "Psicologia clinica e di Comunità". Circolare del Direttore generale Sanità e Politiche sociali n. 14/2013 PG.2013.0215315;
- "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti - Raccomandazioni Regionali". Circolare 1/2017 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare;
- "Psicopatologia dell'età evolutiva", Raccomandazioni regionali allegato alla circolare n. 3 del 6 marzo 2018 della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare;

Considerato che:

- Il complesso delle richiamate normative nazionali e regionali definisce i contesti di intervento della Psicologia per rispondere a nuovi bisogni di salute, in tutti i livelli dell'assistenza sanitaria;
- L'evoluzione dei problemi di salute della popolazione ha posto 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 e assistenza;
- La Psicologia è disciplina fortemente implicata nei processi di promozione della salute e dei sistemi di assistenza e permea trasversalmente tutte le aree dipartimentali delle Aziende Sanitarie;
- La pandemia attualmente in corso ha un impatto sulla salute psichica della popolazione e richiede uno sviluppo dei servizi di psicologia, in particolare nell'ambito dell'assistenza primaria;
- La richiamata circolare 14/2013 "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area psicologia clinica e di comunità" aveva l'obiettivo di ribadire e sottolineare il carattere trasversale delle risposte psicologiche ai bisogni dei cittadini, nel rispetto della mission dei diversi Servizi e Dipartimenti in cui gli Psicologi operano; sostenere le Aziende Sanitarie nella

definizione organizzativa delle attività di Psicologia, al fine di salvaguardarne governo clinico ed appropriatezza; promuovere azioni innovative e di riorientamento in alcune aree di intervento della Psicologia;

- A seguito delle rilevanti novità introdotte dalle normative e linee di indirizzo soprarichiamate, si è ritenuto necessario un aggiornamento della citata Circolare n. 14/2013 "Linee di Indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area "Psicologia clinica e di Comunità" sia nei contenuti tecnico-professionali che in quelli normativi e di indirizzo organizzativo;
- La Direzione generale Cura della persona, salute e welfare si è avvalsa del contributo del gruppo regionale dei Direttori di Programma/Servizi/UO di Psicologia per gli aggiornamenti tecnico-professionali della circolare del 2013;
- La bozza di documento è stata sottoposta all'attenzione delle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie della Regione;
- La bozza di documento è stata sottoposta all'attenzione dell'Ordine Regionale degli Psicologi che, in un'ottica di collaborazione interistituzionale, ha fornito un contributo puntuale e rilevante;

Visti:

- il D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs n. 159/2011 e ss.mm.ii.;
- la L.R. n. 19/1994 e ss.mm.ii.;
- la L.R. n. 29/2004;
- la L.R. n. 43/2001 e ss.mm.ii.;
- la L.R. n. 40/2001 per quanto applicabile;
- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e succ. mod., ed in particolare l'art. 22 per quanto previsto in relazione alla categoria Enti pubblici vigilati dalla Regione;
- la propria deliberazione n. 111 del 28/01/2021 avente ad oggetto "Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione 2021-2023";
- Viste le proprie deliberazioni:
- n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive

modificazioni;

- n. 468 del 10 aprile 2017 avente ad oggetto: "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna";
- n. 2018 del 28 dicembre 2020 "Affidamento degli incarichi di Direttore generale della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 43 della L.R. 43/2001 e ss.mm.ii;
- n. 2013/2020 avente ad oggetto "Indirizzi organizzativi per il consolidamento della capacità amministrativa dell'Ente per il conseguimento degli obiettivi del programma di mandato per far fronte alla programmazione comunitaria 2021/2027 e primo adeguamento delle strutture regionali conseguenti alla soppressione dell'Ibacn";
- n. 771/2021 "Rafforzamento delle capacità amministrative dell'ente. Secondo adeguamento degli assetti organizzativi e linee di indirizzo 2021";

Visti infine:

- la determinazione dirigenziale n. 20203 del 13/11/20 avente ad oggetto "CONFERIMENTO E PROROGA DI INCARICHI DIRIGENZIALI DEI DIRIGENTI IN COMANDO PRESSO LA DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE";
- la determinazione dirigenziale n. 5506 del 30/03/21 avente ad oggetto" PROROGA INCARICHI DIRIGENZIALI IN SCADENZA NELL'AMBITO DELLA DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE"
- Vista la determinazione dirigenziale n. 20945/2020 avente ad oggetto "Nomina dei responsabili del procedimento del Servizio Assistenza territoriale, ai sensi degli articoli e ss. della l. 241/1990 e ss.mm.ii. e degli articoli 11 e ss. della L.R. n. 32/1993";
- le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, predisposte in attuazione della deliberazione n. 468/2017;

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute,

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di approvare, sulla base di quanto indicato in premessa e che qui integralmente si richiama, le Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area "Psicologia clinica della salute e di comunità" allegato parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di dare atto che la Direzione generale Cura della persona, salute e welfare provvederà al monitoraggio dell'applicazione delle linee di indirizzo nel territorio avvalendosi del contributo del Gruppo Regionale dei referenti dei programmi/Servizi Unità Operative di psicologia che verrà formalizzato con specifico Atto;
3. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;
4. di pubblicare il presente provvedimento ed il relativo allegato sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

Allegato parte integrante - 1



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

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

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

INDICE

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

1. INTRODUZIONE E SCOPO DEL DOCUMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. STRUTTURA E GRUPPO DI LAVORO

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

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

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

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

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

Anahi Alzapiedi, Ausl Parma

Luca Brambatti, Ausl Piacenza

Paola Dondi, Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena

Fiorello Ghiretti, Ausl Reggio Emilia

Paola Giacometti/Cristina Meneghini, Ausl Ferrara

Tiziana Giusberti/Marco Chiappelli, Ausl Bologna

Rachele Nanni, Ausl della Romagna

Giorgia Pifferi/Anna Franca, Ausl Modena

Paola Ravaglioli, Ausl Imola

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

Si ringraziano inoltre per il loro contributo:

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

Laura Torricelli (Ausl Reggio Emilia).

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

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

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

3. MODELLI ORGANIZZATIVI E RISORSE IMPIEGATE

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

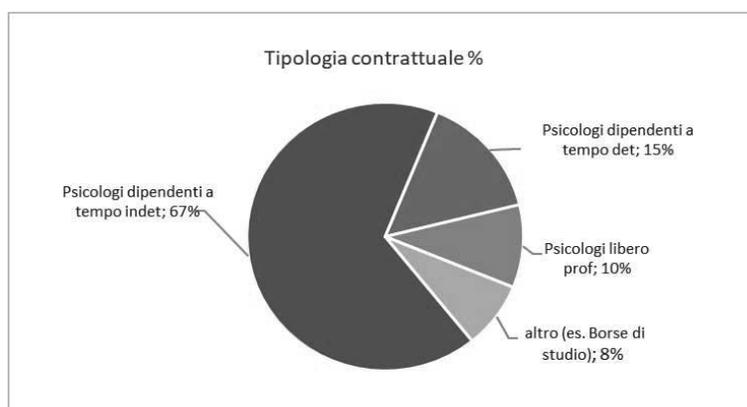
Tuttavia, la consistenza del corpo professionale è lungi dall'essere stabile; dal 30.06.2020 data a cui si riferiscono i dati raccolti nelle tabelle di questo paragrafo si sono verificate già alcune variazioni dovute a pensionamenti, stabilizzazioni e alla calendarizzazione di nuovi bandi e concorsi.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

Tab 1

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

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

Graf 1



Aupi sul territorio

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

Tab 2

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

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

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

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

Tab 3

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

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

Aupi sul territorio

Parma		U.O. Complessa Psicologia Clinica e di Comunità aziendale, collocata in Staff con la Direzione Sanitaria. Deliberazione n. 920 del 29/12/2015.
	2013	Programma di Psicologia clinica e di comunità, di tipo funzionale e collocato nel Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISM-DP).
Reggio Emilia		Programma di Psicologia, in staff alla Direzione del DSM-DP. Deliberazione n.2016/0200 del 16/12/2016.
	2013	UOC di Psicologia in staff alla Direzione del DSM-DP (Atto aziendale del 2010)
Modena		Struttura complessa (SOC) denominate Psicologia Clinica e di Comunità, collocata nel DCP, alla quale afferiscono le seguenti Strutture organizzative semplice (SOS): <ul style="list-style-type: none"> - Psicologia clinica minori e famiglie - Percorsi territoriali della Psicologia - Centri per l'adolescenza - Psicologia Clinica Adulto - Psicologia Ospedaliera e delle Cure Intermedie - Prevenzione, Consultorio familiare, LDV, Spazio Giovani Deliberazione 157 del 10/05/2019 "Riorganizzazione, collocazione e ridenominazione della struttura complessa Psicologia Clinica e di Comunità nel Dipartimento Cure Primarie".
	2013	UOC di Psicologia Clinica, a carattere gestionale, inserita nel DSM-DP. Delibera del DG N° 159 del 29-07-2003 Oggetto: Definizione delle competenze e del modello organizzativo del servizio di psicologia clinica.
Bologna		Struttura complessa di Psicologia Territoriale, collocata all'interno del DSM-DP, alla quale afferisce la struttura semplice di Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Deliberazione 0000333 del 11/09/2019 provvedimenti in merito al regolamento organizzativo aziendale: riorganizzazione del dipartimento salute mentale-dipendenze patologiche. UOC di Psicologia Ospedaliera, con funzione gestionale collocata nel Dipartimento Oncologico del Presidio Ospedaliero.
	2013	Non vi è un'organizzazione della Psicologia a livello aziendale, fatta eccezione per la UOC di Psicologia Ospedaliera, con funzione gestionale collocata nel Dipartimento Oncologico del Presidio Ospedaliero.
Imola		Programma Aziendale funzionale di psicologia clinica e di Comunità Delibera DG n. 7 del 27 gennaio 2011
	2013	Programma di Psicologia, di tipo funzionale, in staff alla Direzione Sanitaria aziendale.
Ferrara		Deliberazione UOC nel DAISM DP da attivare entro fine 2021 (Delibera Direttore Generale n° 70 del 03/04/2019)
	2013	Programma di psicologia clinica e di Comunità in staff Direzione del DSMP-DP
Romagna		Il Programma di Psicologia in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale con compiti di natura funzionale. Delibera del 3/07/2015 Assetto Organizzativo Ausl della Romagna
	2013	Prima dell'accorpamento aziendale, la situazione era la seguente: A Rimini: Unità Operativa Complessa "Programma di Psicologia", di tipo funzionale, in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale. Deliberazione del DG n.30 del 27/10/2006. A Cesena: SSA Struttura semplice aziendale, di tipo gestionale, collocata nel DSM-DP. A Ravenna e a Forlì nessuna organizzazione formale dell'attività psicologica.

4. I Servizi di Psicologia e l'esperienza pandemica

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

I Servizi di Psicologia nella fase emergenziale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dopo la fase acuta

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

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

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

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

Gli elementi con potenziale psicopatologico sono molteplici:

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

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

Raccomandazioni

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

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

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

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

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

5.1 Età evolutiva e Clinica dell'infanzia

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

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

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

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

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

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

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

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

Competenza specifico professionale dello psicologo

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

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

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

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

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

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

Raccomandazioni

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

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

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

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

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

5.2 Età evolutiva e Clinica dell'Adolescenza

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

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

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

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

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

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

Competenza specifico professionale dello psicologo

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

In particolare:

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

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

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

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

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

Raccomandazioni

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

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

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

5.3 Coppia, famiglia, puerperio, gravidanza

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

Le principali aree di intervento concernono:

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

Competenza specifico professionale dello psicologo

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

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

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

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

Raccomandazioni

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

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

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

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

5.4 Clinica del maltrattamento, abuso, affido e adozioni

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

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

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

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

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

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

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

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

Competenza specifico professionale dello psicologo

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

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

Raccomandazioni

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

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

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

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

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

Affido e adozione

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

Competenze specifico professionali dello psicologo

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

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

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

Raccomandazioni

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

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

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

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

5.5 Clinica dell'adulto

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

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

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

Competenza specifico professionale dello psicologo

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

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

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

specifiche competenze individuate dalle raccomandazioni e dalla letteratura vigente.

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

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

Raccomandazioni

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

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

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

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

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

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

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

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

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

5.6 Clinica dell'invecchiamento

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

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

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

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

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

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

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

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

Raccomandazioni

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

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

6.1 Psicologia nell'assistenza primaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Competenza specifico professionale dello Psicologo

Operare in questo ambito è particolarmente complesso in quanto la varietà e l'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. È fondamentale inoltre una buona conoscenza del territorio in cui si opera nonché una dettagliata conoscenza dei percorsi clinici di secondo livello presenti nella rete dei Servizi al fine di orientare ed accompagnare l'utenza in modo mirato ed appropriato rispetto all'offerta sanitaria e sociale garantendo la continuità delle cure e della presa in carico laddove necessario. Per tali motivi, i professionisti che operano in questo settore devono possedere competenze psicoterapeutiche, di psicologia della salute e di comunità oltre che conoscere la realtà organizzativa all'interno delle quali operano, anche dal punto di vista del capitale sociale in essa esistente. Più nello specifico:

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

Aupi sul territorio

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

Fanno parte delle attività specifiche di questo ambito:

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

Raccomandazioni

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

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

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

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

6.2 Disabilità e cronicità

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

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

Competenza specifico professionale dello Psicologo

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

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

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

In particolare, va garantita la possibilità di realizzare:

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

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

Raccomandazioni

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

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

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

6.3 Psicologia ospedaliera

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

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

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

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

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

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

Aupi sul territorio

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

Tab 4

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

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

Tab 5

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

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

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

Aapi sul territorio

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

⁴ dati aggiornati a novembre 2020

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

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

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

Organizzazione e Prassi in Psicologia Ospedaliera

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

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

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

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

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

Ambiti di intervento in Psicologia Ospedaliera

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

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

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

Le attività che in modo trasversale vengono erogate sono:

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

Interventi psicologici in Pronto Soccorso

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

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

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

Tipologia delle prestazioni psicologiche nel Pronto Soccorso

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

Competenza specifico professionale dello psicologo

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

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

Competenze specifiche

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

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

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

Raccomandazioni

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

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

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

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

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

6.4 Salute nelle carceri

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

Competenza specifico professionale dello psicologo

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

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

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

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

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

Raccomandazioni

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

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

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

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

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

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

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

6.5 Salute organizzativa

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

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

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

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

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

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

Competenza specifico professionale dello Psicologo

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

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

Le linee di azione principali sono:

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

Raccomandazioni

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

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

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

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

6.6 Emergenza e catastrofi

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

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

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

Competenza specifico professionale dello Psicologo

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

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

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

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

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

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

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

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

Raccomandazioni

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

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

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

PRINCIPALI RIFERIMENTI TECNICI E NORMATIVI

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

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

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

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

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

7. APPENDICE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(*) Mancano alcune quote orarie

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

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

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

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

*pagati da associazioni

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

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

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

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

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

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

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

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

Allegato parere di regolarità amministrativa di Legittimità

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Fabia Franchi, Responsabile del SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2021/1160

IN FEDE
Fabia Franchi

Allegato parere di regolarità amministrativa di Merito

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2021/1160

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1141 del 19/07/2021

Seduta Num. 34

OMISSIS

L'assessore Segretario

Felicori Mauro

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi

Documento quotidiano Sanità

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

SOMMARIO

1. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN.....
2. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI
DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI,
FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO
3. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI.....
4. CASA DELLA COMUNITÀ
5. INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ.....
6. UNITÀ SPECIALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
7. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
8. CENTRALE OPERATIVA 116117
9. ASSISTENZA DOMICILIARE
10. OSPEDALE DI COMUNITÀ.....
11. RETE DELLE CURE PALLIATIVE.....
12. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E
DELLE FAMIGLIE
13. SERVIZI PER LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA
SALUTE.....
14. SISTEMI INFORMATIVI E STANDARD DI QUALITÀ.....
15. ULTERIORI APPROFONDIMENTI.....
16. RIFERIMENTI PRINCIPALI

1. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, uno dei primi al mondo per qualità e sicurezza, si basa, sin dalla sua istituzione (legge n.833 del 1978), su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Oggi più che mai il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone, non intorno alle malattie e alle istituzioni.

In tale ottica e contesto, si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per consentire l'effettiva garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

L'Assistenza Territoriale o Assistenza Primaria rappresenta infatti la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa costituisce l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

“l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone”.

Il SSN persegue pertanto questa visione attraverso la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili sia per l'individuazione delle persone da assistere che per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti e il lavoro di inclusione sociale e sostegno che può essere offerto dalla comunità;
- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni ecc.).

2. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO

La **Medicina di Popolazione** è la branca della medicina che si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.

La **Medicina di Iniziativa** è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.

La **Stratificazione della Popolazione** per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

Il **Progetto di Salute** è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard minimi delle risposte cliniche socioassistenziali, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al servizio sanitario tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Piani Individuali Assistenziali (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale ed i sistemi di *e-health*. Organizza le informazioni per il FSE e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo e esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.

La stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute

La più recente normativa nazionale (D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio, convertito nella legge n. 77/2020, all'art. 7), sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione; il monitoraggio per fattori di rischio; e la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Per essere realmente efficaci, infatti, i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria o sociale. Tale approccio viene definito Medicina di Popolazione ed ha l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura. In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, condizione oggi sempre più diffusa in termini di incidenza e prevalenza, e per la quale il Piano Nazionale della Cronicità, ha individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale:

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio);
- valutazione delle priorità d'intervento;
- definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socioassistenziali;
- promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;

- presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;
- erogazione di interventi personalizzati;
- valutazione della qualità delle cure erogate.

La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale. Pertanto, lo sviluppo e l'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio andranno a costituire ed alimentare una piattaforma che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile. Tale piattaforma comprenderà altresì gli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza sanitaria e all'aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche e sarà di supporto nei programmi di sorveglianza proattiva nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale.

L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. La stratificazione della popolazione deve inoltre tendere ad una valutazione olistica dei bisogni dell'individuo al fine di misurare il "livello di bisogno socioassistenziale" utilizzando informazioni sulla condizione clinica e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali.

Tale modello di stratificazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute. Tale strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo e esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio. Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento. Un sistema di governance territoriale così impostato consente di individuare priorità di intervento, con particolare riferimento alla continuità delle cure a favore di individui in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario.

Progetto di Salute è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il servizio sanitario, alimentando in modo coerente e tempestivo il fascicolo sanitario elettronico. La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali, sociali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del servizio sanitario.

Il Progetto di Salute rappresenta inoltre uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche.

La definizione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere di famiglia e comunità), maggiore

è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa (anche di natura sociale e psicologica).

In relazione alla complessità del Progetto di Salute sarà identificata la composizione dell'équipe multiprofessionale che nel rispetto dei ruoli e delle competenze garantirà la presa in carico.

Tabella 1. Cooperazione funzionale delle figure che costituiscono l'équipe multiprofessionale

MMG/PLS	Referente del caso in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito in tutta la sua globalità e in tutte le fasi della vita.
Infermiere	Contempla tra le sue attività la presa in carico del singolo e della sua rete relazionale da un punto di vista assistenziale e di autocura, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in alcune fasi della malattia che non possono essere demandate per la complessità diagnostica e terapeutica che le caratterizza. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Équipe di supporto	Tutti gli specialisti o le altre figure professionali della UVM che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di <i>case manager</i> nelle diverse fasi della presa in carico in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali (es. ostetrica, fisioterapista, ecc.).

Infine, l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata. Lo sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina e Teleassistenza uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete del SSN.

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali.	Utilizzo di bassa / media frequenza dei servizi.	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari.	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali.	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver
	V livello Persone con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo.	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver
	VI livello Persone in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di cura	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento al caregiver

Tabella 3. Il Progetto di Salute semplice e complesso, composizione e descrizione.

Semplici	Piano di autocura	Descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta socioassistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socioassistenziali connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di <i>e-health</i>	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto infermieristico e teleriabilitazione
Complessi	Piano di autocura	valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta socioassistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socioassistenziali connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di <i>e-health</i>	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto infermieristico e teleriabilitazione
	Piano Assistenziale Individuale e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
Budget di salute	Valutazione delle risorse impegnate: cliniche-integrazione socioassistenziale - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti	

La Medicina di Iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza

La necessità di differenziare e contestualizzare le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, sulla base dei differenti bisogni, risulta dirimente alla luce delle evoluzioni sociali ed epidemiologiche del Paese. Il target di popolazione maggiormente rappresentativo ad oggi è costituito da persone, solitamente anziane, spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure. Tali soggetti sono a rischio più elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari: accessi al Pronto soccorso o ricovero in ospedale. Per tale ragione, la condizione di fragilità, che anticipa l'insorgenza di uno stato più grave e irreversibile, dovrebbe essere individuata precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e sociosanitari e variabili di contesto.

La Medicina d'Iniziativa è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo assiste in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Medicina di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbilità. Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere e che tenga conto di tutti gli altri aspetti psicocomportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i setting assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati.

Gli strumenti della Medicina di Iniziativa sono l'ingaggio proattivo precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo della compliance dei pazienti ai programmi diagnostico-terapeutici e il coinvolgimento dei caregiver, il trasferimento in back office delle ricettazioni burocratico-autorizzative.

Essa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sull'educazione alla salute. Attraverso i modelli della medicina d'iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze.

Le metodologie di stratificazione della popolazione diventano strumenti fondamentali per definire le strategie e gli interventi di medicina di iniziativa più efficaci rispetto a quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne, per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, nel rispetto del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente a nostra disposizione oggi (es. Modelli di Stratificazione, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socioassistenziali attraverso la definizione del Progetto di Salute.

3. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

Distretto Sociosanitario di circa 100.000 ab, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- almeno 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti;
- almeno 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti;
- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Hospice con almeno 10 posti letto all'interno della rete aziendale delle cure palliative.

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come espresso dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo comunque una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. È inoltre deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie, nonché dei servizi socioassistenziali in un'ottica di collaborazione con le istituzioni locali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. È un'articolazione fondamentale del governo aziendale, è funzionale allo sviluppo delle nuove e più incisive forme di collaborazione fra ASL ed Enti locali.

Pertanto al Distretto possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- **Committenza**, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale dell'ASL, provvede alla programmazione dei livelli di servizio da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizio.

- Produzione, ossia di erogazione dei servizi sanitari territoriali, è caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.
- Garanzia, ossia di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come indicato nella normativa vigente deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

Mentre i livelli essenziali di assistenza, secondo la normativa vigente, declinano le aree di attività dell'Assistenza Distrettuale.

A seconda dei modelli organizzativi regionali, il distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il distretto opera sia come committente che come gestore.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, i Distretti Sanitari operano, inoltre, in raccordo con i Comuni per coniugare la loro azione programmatica in riferimento agli aspetti sociosanitari attraverso gli strumenti di programmazione del distretto: Piano di Zona (PdZ), Programma delle Attività Territoriali (PAT).

Il luogo di sviluppo delle relazioni istituzionali tra Azienda Sanitaria ed Enti Locali ed Associazioni è il Comitato di Distretto, costituito dal Direttore del Distretto e dai Sindaci dei Comuni, o loro delegati. L'associazionismo o l'unione dei Comuni in ambito di welfare e servizi socioassistenziali sono incentivati dalle Regioni per facilitare la programmazione sociale e sanitaria integrata.

In un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni è necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche sia sul versante strettamente sanitario che su quello sociale. La Funzione aziendale (art.20 bis legge 176/2020) serve a coordinare il complesso delle attività trasversali degli Psicologi previste dai LEA e dalla normativa vigente ai diversi livelli, valorizzando la loro funzione sanitaria ad elevata valenza sociale. L'assistenza psicologica è assicurata e governata in ciascuna Azienda Sanitaria Locale dall'Area Funzionale di Psicologia. Il modello organizzativo e operativo, transmurale, prevede la seguente tipologia di offerta: a) ambito delle cure primarie; b) ambito intermedio dei servizi specialistici; c) ambito ospedale di comunità; d) ambito organizzazione.

Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione del distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e di competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione Generale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

A motivo dell'incarico strategico ricoperto, al Direttore di Distretto sono richieste specifiche competenze manageriali e professionali, oltre ad una maturata esperienza nell'ambito dell'assistenza territoriale, dell'epidemiologia e della sanità pubblica.

A tal fine, per l'accesso al ruolo si prevede la partecipazione ad un corso di formazione obbligatorio, per ampliare il bagaglio di conoscenze.

4. CASA DELLA COMUNITÀ

La Casa della Comunità è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Standard:

- almeno 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti.

La Casa della Comunità (CdC), così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, in tutte le situazioni nelle quali può realizzarsi la collaborazione con gli enti locali.

Le CdC intendono qualificarsi come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito.

Le CdC promuovono un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sedi privilegiate per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia e Comunità, altri professionisti della salute, quali ad esempio Psicologi, Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della Riabilitazione e Assistenti Sociali, anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento.

Occorre assicurare il coinvolgimento delle AFT dei MMG e PLS e delle UCCP, sulla definizione e l'assegnazione di obiettivi condivisi dall'équipe multiprofessionale, sulla partecipazione attiva del MMG e PLS e sulla valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie e sociali, insieme alle articolazioni organizzative delle strutture aziendali, aspetti ritenuti fondamentali per la sua effettiva realizzazione.

I medici e gli altri professionisti sanitari operano sia all'interno delle CdC che nella loro individualità, nei territori a minore densità abitativa. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di medicina d'iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento.
- la prevenzione e promozione della salute anche attraverso interventi di comunità ed individuali realizzati dall'equipe sanitarie con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

I principi che orientano lo sviluppo delle Case della Comunità sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della medicina d'iniziativa, e secondo il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello *hub e spoke*.

Sia nell'accezione *hub* sia in quella *spoke*, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria e di integrazione sociosanitaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

La CdC *hub* garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Punto prelievi;
- Programmi di screening;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;

- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.
- Relazione tra la CdC *hub* con il funzionamento delle strutture per le cure intermedie (es. assistenza medica nelle strutture residenziali territoriali come l'ospedale di comunità).

La CdC *spoke* garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

All'interno delle CdC possono essere ricompresi posti letto di cure intermedie (Ospedali di Comunità e post-acuti) e/o posti letto di hospice e/o servizi di riabilitazione e mantenimento funzionale.

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	

Integrazione con i Servizi Sociali per la cronicità	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi Sociali alla persona e alla famiglia	FORTEMENTE RACCOMANDATO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	RACCOMANDATO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Tutte le strutture fisiche territoriali oggi esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle Case della Comunità e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, ristrutturare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere.

In questa fase di innovazione e sviluppo del SSN, inoltre, è dirimente garantire l'autonomia regionale nel vagliare la configurazione più opportuna in termini di tipologia e numerosità delle strutture e dei servizi di assistenza territoriale, sulla base delle caratteristiche geografiche e della popolazione di riferimento.

Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

Le CdC sono un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del distretto. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di medicina di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dall'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

La CdC, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate.
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC *hub* e CdC *spoke* al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici e di densità abitativa e a differenti gradienti di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC.
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri setting assistenziali territoriali, domicilio compreso, presenti sul territorio, quali assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi.
- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche, ma anche di presenza di medici ospedalieri presso la CdC. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della Casa della Comunità.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

In sintesi, la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge cinque funzioni principali:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi.
- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;

- è il luogo dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo di integrazione delle risorse della comunità che vengono aggregate alle risorse formali dei servizi sanitari e sociali e delle Istituzioni;
- è il luogo dove la comunità ricomponi il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

La CdC quindi, per la sua natura, costituisce un modello organizzativo di integrazione tra sanitario e sociale, è luogo di prevenzione e promozione della salute e della partecipazione della comunità. La definizione della sua governance necessita della costruzione di un “patto istituzionale” tra Regione, ASL e Enti locali/Comuni del territorio nel quale siano ribaditi gli obiettivi comuni coerenti con una visione condivisa.

BOLZA

5. INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

L'Infermiere di Famiglia e Comunità è il professionista che mantiene il contatto con l'assistito della propria comunità in cui opera e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'infermiere di comunità interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'infermiere di comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale.

Standard:

- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti.

L'introduzione dell'Infermiere di Comunità (IFeC) (DL n. 34/2020, art. 1 c. 5, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, e le "Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità" della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. L'IFeC è un professionista che garantendo una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, fisioterapisti, assistenti domiciliari ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a costruire la rete del welfare di comunità/generativo. L'IFeC non è solo un erogatore di assistenza sanitaria, ma anche potenziale attivatore di servizi assistenziali per bisogni sociosanitari latenti nella comunità al fine di fornire una risposta assistenziale globale e personalizzata che riguardano l'intero vivere della persona. È un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni a seconda del setting in cui opera. Svolge la sua attività sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, in collaborazione con i servizi aziendali specifici agendo in modo proattivo per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro presa in carico, oltre che per la promozione di idonei stili di vita. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, fornisce prestazioni assistenziali a carattere infermieristico, in ambulatorio, a domicilio e a livello comunitario. Si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. Svolge la sua attività in collaborazione con una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e *caregiver*, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità. In sintesi, l'Infermiere di Comunità:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;

- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti della Medicina di Popolazione;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita e l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale, in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali, nodi della rete e le diverse professionalità presenti sul territorio;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli, i *setting* e gli attori, sanitari ed extra-sanitari, interessati a supporto dello sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute;
- promuove attività di informazione/comunicazione sia sui singoli che in gruppo in collaborazione con le idonee competenze aziendali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;
- svolge attività di *counseling* infermieristico e contribuisce ad attività di *counseling* motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo *caregiver*;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e con il MMG, PLS e altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

6. UNITÀ SPECIALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a carico di individui che a carico di comunità.

- almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti.

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA), prevista dalla normativa di gestione dell'emergenza sanitaria dovrebbe essere confermata dal legislatore e riconfigurata, in un'équipe composta da almeno 1 medico ed 1 infermiere che opera sul territorio anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza). Al fine di svolgere la propria attività l'USCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

L'équipe USCA può essere eventualmente integrata con altre figure professionali, sanitarie e sociosanitarie.

L'USCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare
- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche
- Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici
- Programmi di prevenzione territoriale quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.)
- Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, nelle comunità difficili da raggiungere ecc.

L'USCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet con tecnologia cloud computing al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati in telemedicina; deve essere dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

La sede operativa dell'USCA è la Casa della Comunità *hub* alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

A fronte della carenza di MMG e delle difficoltà di coprire le zone carenti, i medici del corso di formazione specifica in MMG assumono incarichi USCA e sono inseriti nelle Case della Comunità per attività formativa supervisionata dai MMG presenti nella casa della comunità.

7. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

- Standard minimo di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 5 infermieri/IFeC, 1 coordinatore.

L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La centrale operativa territoriale assolve funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- Coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).
- Coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.
- Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.
- Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.
- Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di *e-health*, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Tutti gli attori del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la CO Regionale 116117.

La COT è un servizio a valenza distrettuale.

La dotazione di personale infermieristico per ogni COT dovrebbe essere di 5 infermieri/IFeC per un distretto standard di 100.000 abitanti. La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione

e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore infermieristico unico a livello aziendale.

BOZZA

8. CENTRALE OPERATIVA 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

- almeno 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni/PA.

Il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 è stato individuato dalla Decisione della Commissione Europea numero 116 del 15 febbraio 2007, che ha riservato l'arco di numerazione nazionale con inizio «116» ai numeri destinati a servizi armonizzati a valenza sociale, e dalla Decisione n. 884 del 30 novembre 2009, che ha riservato tale numero per il servizio di Continuità Assistenziale per le cure non urgenti. A livello nazionale con l'Accordo Stato-Regioni del 07/02/2013 e successivamente con l'Accordo Stato-Regioni del 24/11/2016 sono state individuate le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117".

Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

La Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali.

Il servizio è aperto e gratuito attivo h24 7/7, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

La NEA 116117 eroga servizi:

- che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio erogabile obbligatorio):
 - prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale,
 - individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112,
- che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio); può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato):
 - modalità di accesso a Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta anche in caso di difficoltà di reperimento,
 - consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118,
 - modalità di accesso alla Guardia turistica.

Altri servizi possono essere erogati dalle Regioni e Province Autonome, secondo quanto indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 (integrazione sociosanitaria, sanità pubblica, trasporto sanitario, ecc.).

BOZZA

9. ASSISTENZA DOMICILIARE

L'Assistenza Domiciliare è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Vanno tenute distinte le forme di ADI dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tuttavia, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello). Consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI nonché l'integrazione con i servizi sociali quando necessario. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

Le Regioni e le Province Autonome garantiscono l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul proprio territorio. Al fine di definire standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo qualitativo delle Cure Domiciliari, nonché caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilità dell'assistito, è necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale.

La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cure (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessità assistenziale è misurata attraverso l'insieme delle prestazioni delle prestazioni erogate e dei professionisti coinvolti nel PAI. L'intensità e la complessità assistenziale consentono di misurare e caratterizzare i percorsi assistenziali erogati.

I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente.

Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'équipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri o istituzionalizzazione non necessarie. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che attraverso i suoi servizi e professionisti governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali. Possono disporre di sedi operative dislocate nelle Case della Comunità. L'Assistenza Domiciliare costituisce uno dei servizi distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali di comunicazione e informazione aziendali. I dati relativi alle persone prese in carico confluiscono nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

La dotazione di personale, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altre figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI.

Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

Gli Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare

- % di pazienti over65 in assistenza domiciliare (livello Base e in Cure Domiciliari Integrate - ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello)

10. OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard:

- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti.
- 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard minimo di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

-9 infermieri, 6 operatori sociosanitari e un medico per almeno 4 ore al giorno 7 giorni su 7.

L'Ospedale di Comunità (OdC) come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

L'OdC è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'OdC è una struttura pubblica o privata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'OdC, così come chiarito dall'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020, non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità sociosanitarie già esistenti, che hanno altre finalità e destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502").

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione

clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

- a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); counselling ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture temporanee potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (cfr. *Piano nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n.135/CSR*).

In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

- medico di medicina generale;
- medico di continuità assistenziale;
- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- medico del pronto soccorso;
- pediatra di libera scelta.

Il ricovero presso l'OdC può avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente con modalità da normare a livello regionale.

Il permanere in OdC in assenza di una motivazione clinica comporta il pagamento di una tariffa alberghiera giornaliera definita a livello regionale.

Responsabilità e personale

La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità igienico sanitaria dell'OdC è in capo ad un medico.

La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita a medici dipendenti o convenzionati con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS purché privi di iscritti, SAI o liberi professionisti appositamente incaricati dalla direzione della struttura. La responsabilità organizzativo/assistenziale della struttura è in capo ad un coordinatore infermieristico.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti (es. assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti).

All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere case-manager di OdC che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: l'infermiere *case manager* si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 4 ore al giorno 7 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni.

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero.

All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, favorendo lo sviluppo dei servizi di telemedicina. A supporto dell'attività di monitoraggio saranno disponibili i seguenti strumenti:

- defibrillatore;
- elettrocardiografo portatile/telemedicina;
- saturimetro;
- spirometro;
- emogasanalizzatore;
- apparecchio per esami POC;
- ecografo;
- altro.

Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

L'ospedale di comunità come nodo della rete territoriale

L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, quali: servizi sociali, le associazioni di volontariato, la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico e servizio sociale.

Standard infrastrutturali

L'OdC deve essere realizzato nel rispetto dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza e continuità elettrica, sicurezza anti-infortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi (requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui al DPR 14.01.1997 e s.m.i.).

L'OdC deve essere dotato di servizi generali, nonché di eventuali opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

Sono ammesse esternalizzazioni per le funzioni di preparazione dei pasti, lavanderia e pulizia. Gli spazi saranno dimensionati anche in relazione alle eventuali esternalizzazioni.

Il percorso di accesso all'OdC deve essere privo di barriere architettoniche e consentire un passaggio agevole di letto/barella/ausili per mobilità e deambulazione. Deve essere dotato di mezzo meccanico (ascensore/elevatore) dedicato e dimensionato per permettere il trasporto almeno del letto/barella e di un accompagnatore.

Flussi informativi

Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute dovrà essere implementato il flusso informativo delle prestazioni erogate dagli OdC.

L'OdC dovrà dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale.

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero della popolazione <14 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 90 giorni
- Degenza media in OdC
- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)

- N. pazienti provenienti dal domicilio
- N. pazienti provenienti da ospedali

BOZZA

11. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico, evolutivo e a prognosi infausta per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

- 1 Servizio Ospedaliero di Medicina e Cure Palliative multiprofessionale 1 ogni 600.000 abitanti;
- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Hospice con almeno 10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

La legge n.38 del 15 marzo 2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di sviluppo delle reti di cure palliative in termini di accreditamento delle strutture e delle reti che li costituiscono, di attuazione, gestione e coordinamento dei percorsi assistenziali integrati e riconoscimento delle competenze professionali. Le cure palliative sono state caratterizzate con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale e, in ambito domiciliare, differenziandole dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche Unità di offerta. Nell'ambito della cornice normativa ed in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali appare sempre più necessario implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale.

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi livelli assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:

- Coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Nuclei della Continuità delle Cure, i Punti Unici di Accesso, la centrale ADI e l'Assistenza Primaria.
- Definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico, favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali.
- Adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati.
- Raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo.
- Attiva percorsi formativi aziendali specifici.
- Partecipa a iniziative di Ricerca.

La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

La rete agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

- Nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso un servizio specialistico di Medicina e Cure palliative che eroga consulenza al letto del paziente, attivazione dei percorsi di cure palliative, attività in ambito specialistico ambulatoriale e ricovero in regime diurno.
- A domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale (Unità di Cure Palliative - UCP), a supporto del medico di medicina generale, ogni 100.000 abitanti, per assicurare la continuità

assistenziale h 24 per 7 giorni alla settimana. Tale équipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con le équipe dell'assistenza domiciliare integrata.

- All'interno di strutture di ricovero dedicate, l'Hospice, con almeno 10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa del 25 luglio 2012, l'Accordo del 27 luglio 2020 e l'Accordo del 25 marzo 2021.

BOLZA

12. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE

Il Consultorio Familiare è la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna, al minore, alla famiglia in senso ampio, in linea con le evoluzioni sociali correnti e al contesto comunitario di riferimento dei predetti.

- Almeno 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Il Consultorio Familiare (CF), nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, garantisce le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, riabilitative, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza, ed in particolare riguardano:

- Salute riproduttiva e preconcezionale della donna/coppia e procreazione responsabile;
- Promozione della salute, prevenzione, assistenza e cura nei primi 1000 giorni di vita, per la salute del bambino e per il futuro benessere della persona;
- Tutela salute della donna;
- Prevenzione, supporto, assistenza in situazioni di disagio/maltrattamenti/violenza (donna, coppia, famiglia, minori);
- Supporto alla genitorialità, affidamento, adozioni.

L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico, nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la loro capacità di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza volti anche all'*empowerment* delle persone e delle comunità.

Il principio ispiratore del lavoro del CF è quello dell'integrazione, che avviene a tutti i livelli e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Tale principio è evidente sia all'interno del CF che nel modo in cui questo si rapporta al contesto in cui opera. Il CF svolge, infatti, la propria attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).

Inoltre, l'attività del CF richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Le figure professionali operanti nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, ed altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, l'assistente sanitario, l'avvocato.

Gli obiettivi del CF devono essere attribuiti, in accordo con i Direttori dei Distretti sociosanitari – detentori del quadro complessivo di tutti gli obiettivi dell’assistenza territoriale – sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell’integrazione in rete con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.

Tutte le sedi dei CF dovranno essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

BOZZA

13. SERVIZI PER LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dall'articolo 7 del decreto 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni Articoli 7-bis, 7-ter e 7-quater, ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

Il DP ha autonomia tecnico professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite. Opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", come da Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, il DP garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita le seguenti funzioni:

- A - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- D - Salute animale e igiene urbana veterinaria
- E - Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
- F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- G - Attività medico legali per finalità pubbliche.

A partire dalle funzioni sopramenzionate il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc..

Per adempiere a tali attività il DP:

- opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovrintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali.
- garantisce il supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità (es. contesti sociali diversi, zone agricole e industriale, aree urbane e montane, ecc.).

Nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il DP, quale parte della costituenda rete del Sistema Nazionale Salute Ambiente e Clima (SNPS),

garantisce il supporto al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.

Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. In questo contesto si inserisce la collaborazione con le Case della Comunità, i Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze ovvero gli altri servizi della rete sociosanitaria territoriale per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio.

Per la piena realizzazione del suo mandato, che supera la visione "settoriale" (Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle "Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali" Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002), per servizi, il DP adotta un approccio basato sui principi di priorità, efficacia ed efficienza produttiva e allocativa, che necessita di una organizzazione e di una governance flessibile (multidisciplinare, multi professionale, multisettoriale), capace di aggregare intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al sistema sanitario.

Elementi cardine di tale organizzazione sono:

- *valutazione dell'impatto sanitario (health impact assessment) e identificazione del rischio (risk assessment e health equity audit)* attraverso l'uso dei dati epidemiologici e, in particolar modo, del Profilo di salute ed equità, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e per la definizione di bisogni e priorità di intervento;
- *azioni di promozione della salute, prevenzione rispetto ai determinanti della salute nel rapporto salute-ambiente, in stretto raccordo con enti locali e agenzie regionali e nazionali.*
- *azioni di preparedness e di risposta rapida alle emergenze sanitarie* di tipo infettivo, ambientale, ecc. garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle autorità sanitarie locali e regionali nonché alle Agenzie ed Enti a ciò deputati;
- *cultura e pratica di prevenzione ancorate alle prove di efficacia (efficacy ed effectiveness), equità e sostenibilità;*
- *approccio sistemico,*
 - o *nell'erogazione delle prestazioni, anche al fine di favorire l'integrazione delle articolazioni del DP nella rete dei servizi sociosanitari coordinata dal Distretto;*
 - o *nella promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunità avendo come riferimento gli Obiettivi di sviluppo sostenibili (SDGs) anche attraverso l'adozione della strategia "One Health" e con particolare attenzione al rapporto salute - ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunità locali, con le agenzie e le istituzioni interessate;*
- *comunicazione* come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione, per contribuire ad incrementare *health literacy* ed *empowerment* individuali e *capacity building* di comunità, per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l'adesione a programmi di prevenzione secondaria, nonché come strumento per la condivisione degli obiettivi di salute e dei criteri di priorità degli interventi a tutti i livelli della

- concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità), e quindi di *marketing* sociale, di fidelizzazione, di trasparenza e credibilità del DP;
- *qualità* ovvero adozione e implementazione di standard e processi con valutazione degli stessi e degli esiti delle azioni rispetto agli obiettivi fissati al fine di innescare meccanismi di revisione e miglioramento continuo della efficacia, appropriatezza e qualità professionale, tecnologica, relazionale;
 - *formazione continua* degli operatori basata sulle competenze essenziali per ogni profilo professionale (core competencies) finalizzata:
 - o al raggiungimento e mantenimento delle stesse e degli standard operativi collegati;
 - o all'assimilazione degli elementi del metodo di lavoro (costruzione del profilo di salute, scelta delle priorità, individuazione degli interventi efficaci, programmazione, realizzazione e valutazione, di processo e di impatto) orientato alla collaborazione e alla trasversalità;
 - *valorizzazione dell'epidemiologia e uso di dati* (sistemi di sorveglianza di popolazione) ed indicatori, come strumento
 - o di monitoraggio dello stato di salute delle comunità
 - o di valutazione di impatto dei programmi;
 - o di governance dei processi, anche nella direzione dell'integrazione con altre strutture e aree del sistema.

Come sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005 fino a quello vigente, l'azione del DP è sempre più multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della Salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete sociosanitaria, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonché un utilizzo coordinato di tutte le risorse interne ed esterne al sistema sanitario.

Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute e allo stesso modo garantisce la capacità del DP di: i) intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte; ii) sviluppare strategie e strumenti di gestione etica delle risorse della comunità (*stewardship*) iii) promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona (*empowerment*). Questa strategia viene ulteriormente rafforzata dal PNP 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*). Il Piano investendo, pertanto, nella messa a sistema in tutte le Regioni di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia e di modelli, metodologie e linee di azione basate su evidenze consolidate o su buone pratiche validate e documentate, impegna il DP ad agire con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanità pubblica.

14. SISTEMI INFORMATIVI E STANDARD DI QUALITÀ

Sviluppo Fascicolo Sanitario Elettronico

Risulta prioritario sviluppare centralmente competenze per lo sviluppo e l'alimentazione del sistema informativo, che ricomprenda dati sanitari, sociosanitari e sociali, anche valorizzando e integrando l'enorme patrimonio di big data oggi disponibili nelle banche date degli enti locali, dell'INPS e delle aziende del SSN.

Il servizio centrale deve:

- mettere a disposizione in modo permanente e strutturato (logica del repository centrale, navigabile dalla periferia) le informazioni in formati fruibili e rielaborabili a tutti i servizi aziendali (Centrali Operative Territoriali, Case della Comunità e altri servizi sanitari e sociosanitari aziendali);
- predisporre i formati affinché i dati istituzionali possano essere aggregati alle informazioni locali garantite dalle antenne delle reti sociali e dalle conoscenze degli operatori locali;
- offrire strumenti semplici di rielaborazione delle informazioni a livello di singola CdC, per valutare il quadro dei bisogni e delle risorse formali e sociali disponibili, utili per il dialogo con la comunità e per le riflessioni operative locale dei professionisti.

Inoltre, in merito all'innovazione della ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria, occorre potenziare a livello centrale e regionale gli strumenti di raccolta, elaborazione, analisi e simulazione dei documenti e dati sanitari, anche attraverso l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).

Il potenziamento del FSE sarà finalizzato a garantire la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità dei dati su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni chiave: punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente; strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.

A tal proposito risulta fondamentale la compilazione e il continuo aggiornamento, da parte dei MMG e PLS, del Profilo Sintetico Sanitario (PSS) o *patient summary*. Esso, infatti, parte integrante del FSE, è il documento informatico sanitario che riassume la storia clinica del paziente nonché la sua situazione corrente, costituendo uno strumento fondamentale per garantire continuità e sicurezza dell'assistenza.

Il FSE deve costituire punto di accesso per il SSN per le prestazioni sanitarie e, al contempo, essere strumento di raccolta ed elaborazione dati per gli operatori sanitari e gli organi di programmazione regionale, al fine di un miglioramento continuo della qualità dell'offerta.

Standard di Qualità

Le strutture territoriali ed intermedie adottano e documentano standard di qualità nelle seguenti aree.

a) Gestione del rischio clinico:

- applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione, nell'ambito del NSIS, del flusso informativo SIMES per la rilevazione e la gestione degli

eventi sentinella e delle denunce di sinistri; ciascuna struttura adotta, altresì, in forma anonima sistemi di *incident reporting*;

- applicazione di check-list specifiche per il contesto territoriale, in coerenza con linee di indirizzo nazionali e le raccomandazioni ministeriali;
- effettuazione di programmi di formazione specifica;

b) Protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo:

- definizione di protocolli e istruzioni operative validate formalmente e dedicate alle maggiori criticità o problemi assistenziali;
- misurazione della performance e degli esiti;
- Audit clinici;

c) documentazione sanitaria e consegna referti; comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei caregiver;

d) formazione continua e interprofessionale del personale.

Attività di Monitoraggio e Valutazione

Il monitoraggio degli standard previsti nel presente documento è in carico all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Per predetto monitoraggio, al fine di calcolare gli indicatori per la valutazione, Agenas dovrà disporre dei dati provenienti dai flussi informativi regionali territoriali, sia quelli già esistenti che quelli di nuova implementazione (flusso delle cure primarie, flusso degli ospedali di comunità ecc.). Agenas relazionerà annualmente al Ministero della Salute.

15. ULTERIORI APPROFONDIMENTI

La presente proposta affronta le principali tematiche strettamente connesse agli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 Component 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza.

Si evidenzia che, nell'ambito delle tematiche affrontate dal presente documento, dovranno essere sviluppati ulteriori approfondimenti rispetto ai seguenti argomenti: farmacie, servizi per la salute mentale, ruolo della telemedicina e servizi sociosanitari con particolare riferimento alle RSA.

BOZZA

16. RIFERIMENTI PRINCIPALI

World Health Organization. What is Primary health care? Disponibile on line <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> Ultimo accesso effettuato il 28 giugno 2021.

Expert Panel On Effective Ways Of Investing In Health. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. Health and Consumers Directorate General (DG SANCO) della Commissione europea (10 luglio 2014).

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito nella legge 8 novembre 2012 n. 189 disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute (art. 1 – riordino dell'assistenza territoriale).

Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34. c.d. Decreto Rilancio, convertito con modificazioni nella legge 17 luglio 2020, n. 77.

Decreto Legge 6 maggio 2021, n.59, convertito nella legge 1 luglio 2021, n.101. Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 10 settembre 2020. Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77.

Legge 18 dicembre 2020, n. 176. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, recante ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Decisione 2007/116/CE 15 febbraio 2007 che riserva l'arco di numerazione nazionale che inizia con 116 a numeri armonizzati destinati a servizi armonizzati a valenza sociale.

Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 07 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR). Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale.

Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR). Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117.

Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 3782/CSR). Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.

World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. Geneva 2018.

Legge 15 marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Intesa sancita in sede Conferenza Stato-Regioni il 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR). Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

Legge 29 luglio 1975, n. 405. Istituzione dei consultori familiari.

Decreto Ministeriale del 24 aprile 2000. Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile (P.O.M.I) relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.

Intesa sancita in sede Conferenza Stato-Regioni il 20 Febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR). Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali.

Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR). Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.

Accordo sancito in sede Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR). Piano Nazionale della Cronicità.

Legge 31 gennaio 1996, n. 34. Disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del Servizio Sanitario Nazionale.

ALLEGATO 1

Funzioni dell'Infermiere di Famiglia e Comunità

Nello specifico, per le funzioni di **coordinamento della presa in carico** (pazienti ad alta complessità assistenziale non autosufficienti - ADI 3 e 4 livello e Cure Palliative) le competenze distintive dell'infermiere di comunità sono le seguenti:

- *Presa in carico in fase intensiva (fase di acuzie):* prendere in carico l'utente e collaborare nella pianificazione del percorso di dimissione quando è ancora ricoverato in ospedale.
- *Screening e presa in carico "leggera e anticipata":* agire secondo logiche proattive (mappatura della fragilità della Comunità e progetti di presa in carico "leggera").
- *Funzione di coordinamento:* fungere da operatore di riferimento (facilitare coordinare e monitorare il percorso assistenziale del paziente "fragile" e il progetto personalizzato).
- *Ruolo di "supporto e orientamento":* porre attenzione verso coloro che sono impegnati nell'accudimento quotidiano di cura (familiari, parenti, amici, assistenti familiari privati, ecc.) attraverso una comunicazione efficace, un rapporto empatico e interventi di educazione/promozione alla salute, educazione terapeutica.
- *Attivazione risorse informali della comunità:* favorire e rafforzare legami solidaristici per rispondere ai bisogni di salute delle persone assistite attraverso l'attivazione delle risorse informali della comunità (vicini di casa, gruppi di volontariato ma anche soggetti pubblici istituzionali come le amministrazioni comunali e il parroco)
- *Orientamento per l'accesso e la fruizione dei servizi:* garantire l'orientamento e l'informazione all'utente in qualità di Punto unitario di Accesso decentrato (PUA) in tre diversi settori: ambulatoriale, domiciliare e trasversalmente per implementazione l'integrazione (migliorare l'accesso e l'utilizzo dei servizi sociosanitari pubblici)
- *Attivazione strategie di responsabilizzazione dell'assistito e dei familiari:* rendere il paziente e i familiari competenti attraverso una maggiore consapevolezza e formazione rispetto alla condizione clinica e alle opzioni terapeutiche.

Nello specifico, per le funzioni di **cura e gestione del paziente e della sua condizione clinica** (paziente a medio-bassa complessità assistenziale - Case della comunità) le competenze distintive dell'infermiere di famiglia e comunità sono le seguenti:

- *Presa in carico proattiva della persona* con malattia cronica con iniziale danno d'organo e autonomia funzionale conservata al fine di gestire, in collaborazione con i MMG, i percorsi dei pazienti cronici inseriti in apposito registro di patologia.

- *Screening e presa in carico “leggera e anticipata”*: agire secondo logiche proattive ovvero mappatura fragilità della Comunità mediante Prisma 7 e stratificazione della popolazione portatrice di malattie croniche a bassa e media complessità attraverso il sistema ACG al fine di realizzare prese in carico anticipate e leggere, anche attraverso la conoscenza delle principali linee guida e PDTA.
- *Funzione di “cura e gestione del paziente e della sua condizione clinica”*: operatore di riferimento per programmi di follow -up /sorveglianza/ monitoraggio dei pazienti portatori di patologie croniche a bassa-media complessità con autonomia funzionale conservata e parziale danno d'organo al fine di coordinare e monitorare il percorso assistenziale del paziente prevenendo le complicanze e ritardando l'evoluzione della malattia.
- *Ruolo di “supporto e orientamento”*: promuovere interventi di educazione terapeutica volta a ridurre le complicanze e a ritardare l'evoluzione della malattia al fine di rendere i pazienti competenti nella gestione del proprio progetto di vita e di salute. Attuare programmi educativi per sviluppare stili di vita che producono salute in collaborazione con altri professionisti sociosanitari. Valutare il fabbisogno educativo della persona assistita e della sua famiglia e definire un progetto educativo efficace volto ad apprendere abilità di autocura e autogestione.
- *Orientamento per l'accesso e la fruizione dei servizi*: garantire l'orientamento e l'informazione all'utente al fine di migliorare l'accesso e l'utilizzo dei servizi sociosanitari.
- *Attivazione strategie di responsabilizzazione dell'assistito e dei familiari*: rafforzare la capacità di autocura come capacità di adattamento e di autogestione della persona con malattia cronica, al fine di fornire all'assistito e ai suoi familiari gli strumenti e le conoscenze affinché riescano a fronteggiare e autogestire nel miglior modo possibile i problemi di salute e prevenirne le complicanze. Svolgere attività rivolte ad ottenere la massima consapevolezza dell'assistito e la sua piena alleanza terapeutica per il controllo della condizione clinica, l'osservanza dei comportamenti corretti e la miglior aderenza alle terapie.

Nello specifico, per le funzioni di **cura e gestione della salute della comunità di riferimento** (popolazione sana esposta a possibili rischi) le competenze distintive dell'infermiere di famiglia e comunità sono le seguenti:

- *Promozione della salute a livello della comunità di riferimento*: una funzione da sviluppare nel contesto della comunità al fine di promuovere la salute attraverso la partecipazione attiva da parte della comunità a programmi di formazione anche valorizzando quella tra pari.
- *Cura e gestione della salute della comunità di riferimento*: una funzione da sviluppare nel contesto della comunità al fine di diffondere e consolidare stili di vita salutari che possono prevenire lo sviluppo delle principali patologie croniche o contrastarne l'evoluzione nelle fasi precoci. Tale funzione si collega alle attività svolte nell'ambito di forme organizzate e rappresentative della comunità (quali ad esempio associazioni di volontariato) per raggiungere anche le fasce di popolazione più difficili.

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 20 SETTEMBRE 2021

Modena. Salute Psicologica, perché destrutturare e distruggere ciò che funziona? Cui prodest?

Gentile Direttore,

i rappresentanti aziendali dell'AUPI e della CGIL-Funzione Pubblica insieme a 97 psicologhe e psicologi in servizio nell'Azienda Sanitaria di Modena, da mesi, sono oggetto di un tentativo di riportare indietro l'orologio dell'assistenza e della cura della Salute Psicologica. Con forza e determinazione stanno chiedendo all'Azienda di non procedere a operazioni, tali da pregiudicare la qualità dei servizi psicologici a svantaggio dei cittadini. Le OO.SS. firmatarie del documento contestano, nel metodo e nel merito, qualunque proposito di destrutturazione del Settore di Psicologia Clinica Aziendale.

Una iniziativa assolutamente antistorica anche dal punto di vista normativo. In aperta violazione dell'art. 20bis della legge n. 176/2020 e in assoluto contrasto ed in controtendenza rispetto alla delibera n.1141 del 19 luglio 2021 della Giunta Regionale della Regione Emilia Romagna. Tale delibera approva le linee di indirizzo alla Aziende Sanitarie della Regione per l'area della Psicologia Clinica.

Una coincidenza il tentativo di destrutturazione della Psicologia Clinica Aziendale quando, negli stessi giorni, la Regione Emilia Romagna forniva indicazioni e direttive in direzione diametralmente opposte? Si voleva forse anticipare le scelte e le decisioni della Giunta Regionale prima che esse diventassero nota ed applicate?

È assolutamente stupefacente che l'Azienda intenda andare in controtendenza, sulla spinta di antiche diffidenze corporative, e voglia ripristinare un assetto organizzativo superato dai tempi. Non vogliamo credere sia l'Azienda a proporre tali modifiche. Una Azienda che si è sempre distinta e quotidianamente si distingue per la qualità dei servizi offerti e per la capacità di ascolto delle esigenze della popolazione e che chiede il contributo fattivo dei propri dipendenti. Noi crediamo che tale tentativo di distruzione del Servizio Aziendale di Psicologia abbia a che fare ambizioni personali e corporative che non vedono di buon occhio i risultati che gli Psicologi aziendali raggiungono quotidianamente.

La recente crisi sanitaria determinata dal COVID-19 ha dimostrato come l'organizzazione unitaria della funzione psicologica, necessaria a garantire la trasversalità dei percorsi assistenziali territoriali, sanitari e sociosanitari sia stata la carta vincente per rispondere in modo veloce, flessibile e appropriato alla crisi in atto. I dati riportati nella delibera della Giunta Regionale sono lì a dimostrare l'efficacia del sistema organizzativo che oggi si vuole distruggere.

È stato più volte chiesto quali dati e attività prodotti nell'ultimo decennio suggeriscano tale destrutturazione. Forse qualcuno è in grado di dimostrare una scarsa efficacia, qualitativa e quantitativa, delle prestazioni degli psicologi? È stato chiesto...ma nessuna risposta è arrivata.

Senza che la Direzione Generale ne fosse a conoscenza, il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale aziendale, in un incontro estemporaneo, presenta la destrutturazione del Servizio di Psicologia Clinica come un dato assodato. Questi, in estrema sintesi, i dati disponibili.

A questo punto ci chiediamo quali effetti produrrà questa dinamica estremamente pericolosa sia per il clima organizzativo, per il benessere della cittadinanza, del tutto estraneo a queste logiche e che rischia di ricevere una assistenza psicologica eterodiretta, non equa, inappropriata, inefficace e non efficiente.

Qualcuno avrà messo in conto il probabile aumento della conflittualità in Azienda?

È davvero sconcertante che si prendano iniziative che coinvolgono una Categoria e una Disciplina (Psicologi e Psicologia) senza aver attivato preventivamente alcun tipo di confronto con i Dirigenti interessati e con le OO.SS.?

Una eventuale distruzione di un modello organizzativo che da oltre 20 anni sta funzionando egregiamente e che vede ben 97 Dirigenti, la totalità delle Psicologhe e degli Psicologi dell'Azienda decisi a contrastare tale proposito, dovrebbe far riflettere.

Nessuno vuole mettere in discussione il potere dell'Azienda in materia di organizzazione. Ma i lavoratori hanno il diritto di sapere e discutere i motivi di tali iniziative. In quanto cittadino abbiamo il diritto di chiedere quali benefici trarranno i cittadini da tale distruzione del servizio. Le OO. SS. hanno il dovere di difendere i diritti dei lavoratori.

Una sola domanda: cui prodest?

Mario Sellini
Segretario generale Aupi

Recensione

a cura della Redazione



Doktor Froid, LO STRANO CASO DELLO STALKER BALZAC - ilmiolibro, Gedi edit., 2021 p. 200, € 15,30.

L'autore di questo piacevole libro si nasconde dietro uno pseudonimo autoironico, ma senza dubbio deve trattarsi di una (od un) collega che lavora nel servizio pubblico; è evidente, perché racconta perfettamente il nostro lavoro assieme a molti aspetti dell'ambito sanitario. E' un romanzo e non un saggio, ma la sua lettura potrebbe essere suggerita anche agli studenti di psicologia od ai colleghi specializzandi perché – pur in uno stile leggero e molto scorrevole – con molta precisione e profondità clinica descrive dei colloqui con pazienti realistici, persone con problemi e difficoltà che davvero incontriamo quotidianamente nel nostro lavoro. In questa storia si raccontano tre casi: un pensionato rimasto vedovo, un adolescente inquieto ed una giovane ragazza vittima di uno stalker misterioso che si firma Balzac. Lo psicologo Romeo Pesavento cerca prima di capire cosa succede alla ragazza ma poi deve cer-

care di scoprire chi sia questo Balzac, che arriva a lasciare biglietti vagamente minacciosi anche in sala d'aspetto. Lettura davvero piacevole, che valorizza gli psicologi pubblici che – come scrive Doktor Froid in prima pagina – *“hanno ancora molta passione per il loro lavoro pur lavorando nella prima linea del servizio pubblico”*. Il libro è acquistabile solo via internet, digitando il titolo oppure dal sito “ilmiolibro”

m.s.

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

SEGRETERIA NAZIONALE

MARIO SELLINI
 SEGRETARIO GENERALE
 Tel. 348/4112553
 e.mail: mariosellini@gmail.com

ARMODIO LOMBARDO
 Segretario Generale Aggiunto
 Tel. 328/8512667
 e.mail: armodiolombardo@gmail.com

DOMENICO PUTZOLU
 Tel. 368/553293
 e.mail: narbo.domenico@gmail.com

GIANCARLO MARENCO
 Tel. 0141/487651
 e.mail: giancarloARENCO1@gmail.com

NATALIO FLARA'
 Tesoriere
 Tel. 348/4112558
 e.mail: natalio.flara@gmail.com

BRUNO TADDEI
 Tel. 051/6224285
 e.mail: b.taddei@ausl.bologna.it

SALVATORE ZAVAGLIA
 Tel. 328/4188758
 e.mail: szavaglia@tin.it

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

MEMBRI

ACQUADRO LOREDANA	015/9899819	GIANFRANCESCHI PIETRO	338/3938398	PERETTI PAOLO	335/6127875
ALBIERO DAVIDE	0445/313811	GROSSO MARCELLO	338/3257127	PIROMALLI CARLO	090/2224295
ALESSANDRONI VINICIO	0736/844413	GUASTELLA SALVATORE	335/5713051	PRETI SIMONE	0541/707026
ARTICO NICOLA	0586/614258	IACOB IVAN	347/5834005	PRIVITERA ANGELA	346/3129331
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714	NFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580	PROTTI ANTONELLA	333/2026402
BELLANCA RITA	349/3323542	LAZZARA ANDREA	0175/215270	PUTZOLU DOMENICO	368/553293
BENEDETTI ANNALISA	0522/850418	LEONORI LAURA	347/7658741	QUARTARELLA SERGIO	348/7719662
BERNARDINI ENRICO	0746/278927	LETTINI ALESSANDRO ROCCO	392/9098789	RICCIO DOMENICO	339/4864048
BERTOLI SILVIA	393/9081015	LIBERALATO ROBERTA	0141/482817	RIPPA ARTURO	329/6505673
BETTINARDI ORNELLA	328/3518180	LIBIANCHI SILVIA	045/6138548	RUBINO VINCENZO	349/7923121
CALLONI GIOVANNI	329/7509118	LIO SONIA	335/6677205	SACCHELLI CINZIA	340/3531747
CALVANI ROBERTO	0432/553571	LOMBARDO ARMODIO	328/8512667	SALINO PAOLA	349/5624609
CANNIZZARO CATERINA	393/2050574	MANGIFESTA ANNA	333/4690308	SANTORO LUCIA	333/8090787
CARISTO CONCETTINA	0131/865648	MARENCO GIANCARLO	0141/487651	SCACCIANI RAFFAELLA	0161/250097
CARTISANO ORLANDO	0963/591650	MARTELO CARMELA	339/5088096	SCARDILLI SALVATORE	368/7847709
CASSELLA SERGIO	349/8823605	MASCI SILVIA	0434/553627	SCORNAIENCHI CARMELA	0984/987125
CIAVONI MAURO	329/1710511	MEDDA ALESSANDRA	070/9384300	SELLINI MARIO	348/4112553
CRIGLIANO PASQUALE	328/7507378	MEGNA FRANCESCO	0962/962568	SEMENTA STEFANIA	331/6902030
CLEMENTI ROSSANA	338/5401095	MENEGHINI CRISTINA	0532/235428	SERPENTINI SAMANTHA	320/4077620
COLOTTI TANIA	0733/2572595	MENGANZI PAOLO	349/7746303	SERRA EMILIA	347/6443810
D'ANGELIS ERMENEGILDO	0824/319317	MERANER BETTINA	335/5461763	SGARBI CINZIA	347/2738044
D'IMPORZANO AGOSTINO	340/2334346	MERCURI EUGENIO	0968/25331	SIRONI PATRIZIA	0372/405409
DE LUCA VERA	039/2717478	MERLINI FRANCO	334/6783356	SIMONETTI ROMEO	338/3645976
DE PASQUALE AMELIA	339/2753414	MORETTI EMANUELA	392/7431311	SORDINI FABIO	347/7507601
DE PINTO GIANFRANCO	335/7087575	MURGIA BARBARA	392/5519714	SPANO SALVATORE	328/5511848
DI BIAGIO PAOLO	347/2508803	MUSCATO CALOGERO	335/6944998	SPINACI CARLA	0721/1932902
DI GIAMMARCO GILDA	338/9078463	NARDO GIAMPIETRO	348/9335893	SPITALE GIUSEPPE	0931/582458
FAETI ANTONELLO	334/9432467	NICHETTI GIORGIO ANTONIO	333/4652340	TADDEI BRUNO	051/6224285
FINI ALESSANDRA	0574/807916	NOCERA GIACOMO	0923/472259	TAGLIAMONTE MARIA	338/2137311
FIORINI FRANCESCA	071/7509337	NOVELLI BARBARA	338/8718210	TIMPANO MARCO	0587/273378
FLARA' NATALIO	348/4112558	PAINI GIANCARLA	347/2211654	TOCCHINI STEFANIA	0583/700132
GAETA NICOLA	0883/483439	PALMA GIUSEPPE LUIGI	348/7719657	TURCO LUIGI	338/7752577
GAZZILLI ANGELO	338/1163078	PALMIERI GIOVANNI	0835/253952	VALDO FRANCA	338/3371157
GENTILE SALVATORE	0835/986450	PASCALI FERUCCIO	340/4073885	ZAVAGLIA SALVATORE	328/4188758
GIANATTI DANIELA	328/2865763	PEIS RINALDO	347/2727886	ZULLO CLAUDIO	335/424249

PROBIVIRI

ABAZIA LEONARDO	335/7406044	leonardoabazia@libero.it
GHIANI MARIA CARMEN	338/3700477	mariacarmen.ghiani@gmail.com
MANIGLIA RAFFAELE	348/4112556	raffaelemaniglia@gmail.com
MICHETTI SARA	388/9431544	sara.michetti83@gmail.com
TRISTAINO FRANCESCO	335/5271157	francotri@tin.it

REVISORI DEI CONTI

CAMPOLO FORTUNATO	0964/20494	fortunatocampo@virgilio.it
DE LUCA GRAZIA	328/7487828	psicologagrazia@libero.it
LIO SONIA	335/6677205	smdb@inwind.it
POLI GIACOMO	0376/919155	giacomopoli53@tiscali.it
TUMMINO VITO	348/4112554	vitummino@gmail.com

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

CONFERENZA DELLE REGIONI

MARENCO GIANCARLO

SEGRETARIO REGIONALE PIEMONTE
Tel. 0141/487651
giancarlomarenco1@gmail.com

SALINO PAOLA

SEGRETARIO REGIONALE VAL D'AOSTA
Tel. 349/5624609
salino.p@tiscali.it

FRANCO MERLINI

SEGRETARIO REGIONALE LOMBARDIA
Tel. 334/6783356
francomerlini@alice.it

MERANER BETTINA

SEGRETARIO PROVINCIALE BOLZANO
Tel. 335/5461763
bettina.meraner@sabes.it

GIANFRANCESCHI PIETRO

SEGRETARIO PROVINCIALE TRENTO
Tel. 338/3938398
pietro.gianfranceschi@apss.tn.it

NARDO GIAMPIETRO

SEGRETARIO REGIONALE VENETO
Tel. 348/9335893
giampietro2018ve@gmail.com

IACOB IVAN

SEGRETARIO REGIONALE FRIULI
Tel. 437/5834005
iacobivan71@gmail.com

GROSSO MARCELLO

SEGRETARIO REGIONALE LIGURIA
Tel. 338/3257127
marcello.grosso@ordinepsicologiliguria.it

SGARBI CINZIA

SEGRETARIO REGIONALE EMILIA ROMAGNA
Tel. 347/2738044
sgarbi.cinzia@gmail.com

FIORINI FRANCESCA

SEGRETARIO REGIONALE MARCHE
Tel. 071/7509337
fiorinifrancesca71@gmail.com

TOCCHINI STEFANIA

SEGRETARIO REGIONALE TOSCANA
Tel. 0583/700132
stefania.tocchini@uslnordovest.toscana.it

BELLANCA RITA

SEGRETARIO REGIONALE UMBRIA
Tel. 349/3323542
mobella1@virgilio.it

SORDINI FABIO

SEGRETARIO REGIONALE LAZIO
Tel. 347/7507601
sordini.f@gmail.com

FLARÀ NATALIO

SEGRETARIO REGIONALE ABRUZZO
Tel. 348/4112558
natalio.flara@gmail.com

BALDASSARRE GIROLAMO

SEGRETARIO REGIONALE MOLISE
Tel. 0874/823714
ginobaldassarre@gmail.com

ZULLO CLAUDIO

SEGRETARIO REGIONALE CAMPANIA
Tel. 335/424249
zulloclaudio2@gmail.com

PALMA GIUSEPPE LUIGI

SEGRETARIO REGIONALE PUGLIA
Tel. 348/7719657
giuseppeluigi.palma@gmail.com

GENTILE SALVATORE

SEGRETARIO REGIONALE BASILICATA
Tel. 0835/986450
salvatoregentile4@virgilio.it

LOMBARDO ARMODIO

SEGRETARIO REGIONALE CALABRIA
Tel. 338/1429311
armodiolombardo@gmail.com

SCARDILLI SALVATORE

SEGRETARIO REGIONALE SICILIA
Tel. 368/7847709
salvo_scardilli@virgilio.it

MEDDA ALESSANDRA

SEGRETARIO REGIONALE SARDEGNA
Tel. 070/9384300
gioiaone@tiscali.it

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

PIEMONTE

Segretario Regionale

MARENCO Giancarlo 0141/487651

Segretari Provinciali

AL CARISTO Concettina 0131/865648
 AT LIBERALATO Roberta 0141/482817
 CN LAZZARA Andrea 0175/215270
 NO PROTTI Antonella 333/2026402
 VC SCACCIONI Raffaella 0161/250097
 BI ACQUADRO Loredana 015 /9899853
 VB LIO Sonia 335/6677205
 TO PERETTI Paolo 335/6127875

VAL D'AOSTA

Segretario Regionale

AO SALINO Paola 349/5624609

LOMBARDIA

Segretario Regionale

MERLINI Franco 334/6783356

Segretari Provinciali

MI città SACCHELLI Cinzia 340/3531747
 MI Nord DE LUCA Vera 039/2717478
 MI Sud CALLONI Giovanni 329/7509118
 BG RUBINO Vincenzo 349/7923121
 BS CIRIGLIANO Pasquale 328/7507378
 LO CANNIZZARO Caterina 393/2050574
 CR SIRONI Patrizia 0372/405409
 PV DI BIAGIO Paolo 347/2508803
 SO GIANATTI Daniela 328/2865763
 VA FAETI Antonello 334/9432467
 LP/CO PAINI Giancarla 347/2211654
 LP/CO MARTELLO Carmela 339/5088096

PROV. BOLZANO

BZ MERANER Bettina 335/5461763

PROV. TRENTO

TN GIANFRANCESCHI Pietro 338/3938398

VENETO

Segretario Regionale

NARDO Giampietro 348/9335893

Segretari Provinciali

BL TURCO Luigi 338/7752577
 TV CASSELLA Sergio 349/8823605
 VR LIBIANCHI SILVIA 045/6138548
 VI ALBIERO Davide 0445/313811
 PD SERPENTINI Samantha 320/4077620
 RO NICHETTI Giorgio Antonio 333/4652340
 VE SERRA Emilia 347/6443810

FRIULI

Segretario Regionale

IACOB Ivan 347/5834005

Segretari Provinciali

UD CALVANI Roberto 0432/553571
 PN MASCI Silvia 0434/553631
 TS RIPPA Arturo 329/6505673

LIGURIA

Segretario Regionale

GROSSO Marcello 338/3257127

Segretari Provinciali

GE GROSSO Marcello 338/3257127
 IM PRIVITERA Angela 346/3129331
 SP D'IMPORZANO Agostino 340/2334346

EMILIA ROMAGNA

Segretario Regionale

SGARBI Cinzia 347/2738044

Segretari Provinciali

FE MENEGHINI Cristina 0532/235428
 MO SGARBI Cinzia 347/2738044
 PC BETTINARDI Ornella 328/3518180
 RA GAZZILLI Angelo 338/1163078
 RE BENEDETTI Annalisa 0522/850418
 PR BERTOLI Silvia 393/9081015
 BO TADDEI Bruno 051/6224285
 RN PRETI Simone 0541/707026
 FC NOVELLI Barbara 338/8718210

MARCHE

Segretario Regionale

FIORINI Francesca 071/7509337

Segretari Provinciali

AN MENGANI Paolo 349/7746303
 AP ALESSANDRONI Vinicio 0736/844413
 FM CLEMENTI Rossana 338/5401095
 MC COLOTTI Tania 0733/2572595
 PU SPINACI Carla 071/1932302

TOSCANA

Segretario Regionale

TOCCHINI Stefania 0583/700132

Segretari Provinciali

FI SANTORO Lucia 333/8090787
 LI ARTICO Nicola 0586/614258
 LU TOCCHINI Stefania 0583/700132
 PT/PI TIMPANO Marco 0587/273378

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

PO FINI Alessandra 0574/807916
MS TIMPANO Marco 0587/273378

UMBRIA

Segretario Regionale

BELLANCA Rita 349/3323542

Segretari Provinciali

TR LEONORI Laura 347/7658741
PG MORETTI Emanuela 392/7431311

LAZIO

Segretario Regionale

SORDINI Fabio 347/7507601

Roma

Metropolitana: CIAVONI Mauro 329/1710511

RM Sud

(RM/6 – FR- LT) SORDINI Fabio 347/7507601

RM Nord

(RM/4 RM/5- RI- VT) BERNARDINI Enrico 0746/278927

ABRUZZO

Segretario Regionale

FLARA' Natalio 348/4112558

Segretari Provinciali

AQ VALDO Franca 338/3371157
TE DI GIAMMARCO Gilda 338/9078463

MOLISE

Segretario Regionale

BALDASSARRE G. 0874/823714

Segretari Provinciali

IS DE PASQUALE Amelia 339/2753414
CB MANGIFESTA Anna 333/4690308

CAMPANIA

Segretario Regionale

ZULLO Claudio 335/424249

Segretari Provinciali

NA SIMONETTI Romeo 338/3645976
AV SEMENTA Stefania 331/6902030
BN D'ANGELIS E. 0824/313790
CE RICCIO Domenico 339/4864048
SA TAGLIAMONTE Maria 338/2137311

PUGLIA

Segretario Regionale

PALMA Giuseppe 348/7719657

Segretari Provinciali

BA DE PINTO Gianfranco 335/7087575
BR QUARTARELLA Sergio 348/7719662
LE PASCALI Ferruccio 340/4073885
TA PICCINNI Anna 392/0924688
BT GAETA Nicola 0883483439

BASILICATA

Segretario Regionale

GENTILE Salvatore 0835/986450

Segretari Provinciali

PZ LETTINI Alessandro 392/9098789
MT PALMIERI Giovanni 0835/253952

CALABRIA

Segretario Regionale

LOMBARDO Armodio 328/8512667

Segretari Provinciali

CZ MERCURI Eugenio 0968/25331
CS SCORNAIENCHI Carmela 0984/987125
KR MEGNA Francesco 0962/962568
VV CARTISANO Orlando 0963/591650

SICILIA

Segretario Regionale

SCARDILLI Salvo 368/7847709

Segretari Provinciali

AG INFURCHIA Giuseppe 0922/832757
CT SCARDILLI Salvo 368/7847709
ME PIROMALLI Carlo 090/2224925
RG GUASTELLA Salvatore 335/5713051
SR SPITALE Giuseppe 0931/582458
TP NOCERA Giacomo 0923/472259
PA MUSCATO Rino 335/6944998

SARDEGNA

Segretario Regionale

MEDDA Alessandra 070/9384300

Segretari Provinciali

CA MEDDA Alessandra 070/9384300
NU MURGIA Barbara 392/5519714
OR PEIS Rinaldo 347/2727886
SS SPANO Salvatore 328/5511848

DIPENDENTI / AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

AREA A U P I

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

Al Sig. Direttore generale

Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. _____)
dell'Ente: _____

Alla Segr. Iscritti F.A.S.S.I.D. Area AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE F.A.S.S.I.D. Area AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt _____

dipendente con la qualifica di:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dirigente Psicologo | <input type="checkbox"/> Dirigente Fisico |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Biologo | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Chimico | |

Servizio o Presidio _____

Tel. Servizio _____ / _____

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore di F.A.S.S.I.D. Area AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt _____ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di _____
dell'anno _____;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt _____, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza F.A.S.S.I.D. Area AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data _____

FIRMA

Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:

Dr./ssa _____
Via _____
Cap _____ Città _____
Prov. _____ Cell. _____
e-mail _____
Luogo e data di nascita _____

**Al Servizio Economico-Finanziario
Modalità di riscossione dei contributi sindacali
F.A.S.S.I.D. Area AUPI
per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.**

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statuari comuniciamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

**mediante versamento su c.c.p. n° 72492028
o Bonifico postale con cod. IBAN:
IT68M0760103200000072492028**

intestato a

**AUPI
Via Arenula 16 - 00186 ROMA**

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

per i dipendenti da tutte le Amministrazioni, pubbliche o private: l'uno per cento (1%) sul totale onnicomprensivo del netto variante in ciascuna busta paga mensile.

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato il mese di competenza ed il numero degli iscritti ed i loro nominativi, distinti fra deleghe semplici e doppie deleghe; ed inoltre la città sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

**A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere
inviata in copia protocollata dall'Ente ad:**

**AUPI
via Arenula 16
00186 ROMA
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191**

SCHEDA ADESIONE PSICOLOGI

Adesione polizza RC - AUPI	<i>fino a 35 anni *</i>	€ 28,00	<input type="checkbox"/>
Adesione polizza Spese legali	<i>fino a 35 anni</i>	gratuita	
Adesione polizza RC - AUPI	<i>oltre 35 anni</i>	€ 40,00	<input type="checkbox"/>
Adesione polizza Spese legali	<i>oltre 35 anni</i>	gratuita	
Pensionati		€ 40,00	<input type="checkbox"/>

* Allegare copia di un documento di identità

Allegare copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico Postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma. Quota associativa di adesione relativa all'anno solare 2022.

Polizza Assicurativa per la Responsabilità Civile Professionale: copre anche la "Colpa Grave" per tutti i sinistri causati dallo Psicologo Professionista nello svolgimento della propria attività.

Polizza per la copertura delle spese legali.

Tutte le informazioni sono reperibili sul sito www.aupi.it

Per l'attivazione delle polizze è necessario compilare e inviare on line la SCHEDA ANAGRAFICA direttamente dal sito www.aupi.it

A cura del/la Collega la scheda di adesione dev'essere inviata, corredata dalla fotocopia del versamento*, a:

AUPI-Notizie verrà inviato al seguente indirizzo:

* Riportare sulla causale se si tratta di rinnovo o nuova adesione

Dr./ssa

COGNOME _____ NOME _____

VIA _____

CAP. _____ CITTÀ _____ Pr. _____

TEL. _____ CELL. _____

E-MAIL _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

Ψ

AUPI - Via Arenula, 16 - 00186 ROMA

Fax 0668803822 - Tel. 066893191

mail: aupi.it@aupi.it

Il/la sottoscritt _____, ai sensi della vigente legge sulla Privacy, autorizza l'AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini associativi e di informazione, coinvolgimento e sensibilizzazione, riservandosi di limitare o revocare tale autorizzazione in qualunque momento.

Firma: _____

CONVENZIONATI AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)



**CISL MEDICI
AREA AUPI**

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

Al Sig. Direttore generale

Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. _____)

dell'Ente: _____

Alla Segr. CISL MEDICI AREA AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma

(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE CISL MEDICI AREA AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt _____

Convenzionato ACN 31/03/2020 per n° _____ ore/sett

Dichiaro di essere titolare per complessive n° _____

ore/settimanali presso le altre seguenti Aziende Sanitarie:

Servizio o Presidio _____

Tel. Servizio _____/_____

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato CISL MEDICI AREA AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt _____ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di _____
dell'anno _____;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt _____, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza CISL MEDICI AREA AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data _____

FIRMA

Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:

Dr./ssa _____

Via _____

Cap _____ Città _____

Prov. _____ Cell. _____

e-mail _____

Luogo e data di nascita _____

**Al Servizio Economico-Finanziario
Modalità di riscossione dei contributi sindacali
CISL MEDICI AREA AUPI
per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.**

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statutari comunichiamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

mediante versamento su Conto Corrente Bancario:

Banca Monte Paschi di Siena Ag. 1

IBAN: IT3460103003201000001871231

intestato a CISL MEDICI AREA AUPI

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

per i Convenzionati (quota fissa):

€ **13.00 mensili per incarichi da 1 a 24 ore settimanali.**

€ **19.90 mensili per incarichi da 25 a 38 ore settimanali.**

In caso di incarichi presso più Aziende Sanitarie il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dalla ASL alla quale la presente è indirizzata.

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato: il mese di competenza, il numero degli iscritti ed i loro nominativi, la città e la sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

**A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere
inviata in copia protocollata dall'Ente ad:
CISL MEDICI AREA AUPI via Arenula 16 - 00186 ROMA
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191**

FORM-AUPI

È nata la Federazione Italiana delle Società di Psicologia per costituire, salvaguardando l'autonomia e la specificità di ognuna, una esperienza comune in grado di riunire gli sforzi e di finalizzarli verso obiettivi concreti, quali la diffusione e l'informazione delle iniziative scientifiche all'interno e all'esterno della categoria,

STATUTO Federazione Italiana delle Società di Psicologia F. I. S. P.

Art. 1. È costituita con atto pubblico una Federazione Italiana delle Società di Psicologia - F.I.S.P. che s'intende duratura dalla data della sua costituzione sino al 31 dicembre 2050 e potrà essere prorogata. L'Associazione ha sede legale in Roma, alla via Arenula 16. Essa può dotarsi di altre sedi decentrate in tutta Italia.

Art. 2. *Omissis*

Art. 3. La Federazione intende mettere e mantenere in contatto fra di loro ed essere un riferimento generale per tutte le Società di Psicologia, qualunque sia il loro campo di attività, la loro metodologia, le loro funzioni, i loro riferimenti teorici o pratici, ponendo la Psicologia nel contesto europeo e mondiale, ed avvalendosi parallelamente del contributo delle altre discipline biomediche, sociali, giuridiche ed economiche.

Gli scopi della F.I.S.P. sono:

- promuovere nella società italiana la ricerca, la cultura e la pratica della Psicologia;
 - stimolare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici;
 - promuovere, implementare e finalizzare il contatto fra le Società scientifiche ed i loro associati su comuni temi di interesse scientifico e culturale;
 - divulgare le notizie riguardanti la ricerca psicologica attraverso appropriati strumenti di comunicazione;
 - segnalare agli Enti Pubblici e Privati, nonché ad Associazioni, i problemi connessi con la sfera delle attività delle società scientifiche e proporsi come sistematico interlocutore;
 - organizzare commissioni permanenti su: accreditamento, aggiornamento professionale, linee guida, etica, sperimentazioni ecc. su altri settori ritenuti necessari.
- A tale scopo, la Federazione intratterrà rapporti costanti con le altre Federazioni, nazionali ed internazionali, nonché con gli Istituti di formazione, l'Università, e con gli Enti pubblici e privati. Con tali Associazioni, Istituti ed Enti la F.I.S.P. potrà stipulare convenzioni, avviando ogni utile collaborazione o assecondando quelle già avviate da altri; potrà inoltre svolgere attività ritenute utili al raggiungimento degli scopi statutari.
- La Federazione potrà dotarsi di ogni strumento ed organo di comunicazione interna fra le Società scientifiche ed esterna, organizzare convegni, seminari, e ricerche a livello nazionale ed internazionale, favorire la conoscenza tempestiva di tutte le iniziative utili a migliorare le conoscenze e le applicazioni della Psicologia.
- La Federazione non può svolgere attività diverse da quelle sopra indicate, ad eccezione di quelle ad essa strettamente connesse o di quelle accessorie a quelle statutarie, in quanto integrative delle stesse.

Ai sensi della vigente normativa sulla privacy, avvertiamo i colleghi che l'AUPI opera regolarmente il trattamento dei dati personali, da loro forniti, per i normali e legittimi fini associativi e sindacali: informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ricerca di nuove occupazioni ed opportunità professionali, e simili vantaggiosi obiettivi. Non forniamo mai a terzi i dati in nostro possesso, se non per il calcolo obbligatorio della rappresentatività e, in tal caso, li riduciamo in forma meramente quantitativa ed anonima. In particolare prendiamo sistematiche precauzioni perché non possano essere trafugati ed usati a scopi commerciali. In ogni caso, ogni collega ha il diritto di limitare od annullare in ogni momento ogni forma di trattamento di questi suoi dati personali, comunicando questa sua volontà alla sede nazionale.

È autorizzata la riproduzione totale o parziale dei testi contenuti in questa rivista, citando la fonte.

AUPI Notizie è aperto ai contributi di tutti gli iscritti; la responsabilità dei diversi articoli compete ai rispettivi autori.

SITO AUPI:
<http://www.aupi.it>
email: aupti.it@aupti.it

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di novembre 2021



Lo Staff Redazionale di AUPI

Direttore Responsabile
Mario Sellini

Capo Redattore
Rinaldo Perini

Redazione di AUPI
Sede Centrale AUPI
via Arenula 16
00186 ROMA

