



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



**LA PSICOLOGIA IN COMUNE
PERCHÉ INVESTIRE NELLE COMPETENZE
PSICOLOGICHE NEGLI ENTI LOCALI**



Quaderni CNOP

I quaderni CNOP
n. 6



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



**LA PSICOLOGIA IN COMUNE
PERCHÉ INVESTIRE NELLE COMPETENZE
PSICOLOGICHE NEGLI ENTI LOCALI**



Quaderni CNOP

Copyright: Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi
Piazzale di Porta Pia, 121 - 00198 Roma
Tel + 39 06 44292351 - Fax +39 06 44254348
www.psy.it

Stampato nel mese di Febbraio 2020
dalla Tipolitografia Morphema
Strada di Recentino, 41 - Terni

Fotocomposizione Morphema

ISBN: 978-88-943786-6-5

INDICE

INTRODUZIONE	7
PREFAZIONE	9
COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO “IMPATTO DELLA PSICOLOGIA DEL TERRITORIO SULLA SPESA PUBBLICA”	13
COMPONENTI DELLA TASK FORCE “PROTOCOLLO D'INTESA CNOP/ANCI”	15
1. LA LEGGE 328/2000: I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA IN AMBITO SOCIALE	17
2. LA PSICOLOGIA NEI PIANI SOCIALI REGIONALI E I PIANI DI ZONA	20
3. DALL'APPROVAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE N. 9 DEL 3 AGOSTO 2013 DELLA REGIONE CAMPANIA “ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA DEL TERRITORIO DELLA REGIONE CAMPANIA” AL PIANO REGIONALE LAVORO	30
4. DAI PIANI SOCIALI DI ZONA ALL'APPROVAZIONE DELLA LEGGE DI RIORDINO DEI SERVIZI INTEGRATI DELLA REGIONE MOLISE	38
5. L'IMPATTO IN AMBITO SOCIALE DELLA PSICOLOGIA SULLO STATO DI SALUTE DEI CITTADINI E SULLA SPESA PUBBLICA DATI DI RICERCA DI UN'ESPERIENZA PILOTA	42
6. LA PSICOLOGIA NELLA DOTAZIONE ORGANICA COMUNALE	52
7. GLI INTERVENTI PSICOLOGICI TRA LIVE.A.S E L.E.A.: STATO DELL'ARTE DEI SERVIZI INTEGRATI E SFIDE FUTURE	57

8. METODI E STRUMENTI DI RILEVAZIONE	64
9. LA PSICOLOGIA IN COMUNE: QUALI AMBITI D'INTERVENTO?	67
10. CONCLUSIONE	76
11. APPENDICE	79
<i>SCHEDE DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI PSICOLOGICI NEI SERVIZI SOCIALI – PROTOCOLLO DI INTESA PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE PSICOLOGICO DEI CITTADINI TRA CNOP-ANCI DEL 1 OTTOBRE 2018</i>	
12. BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	103
13. SITOGRAFIA	105
14. NORMATIVA DI RIFERIMENTO	106

INTRODUZIONE

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

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

Nell'arco di pochi anni si è modificato il contesto familiare, sociale, economico e valoriale che ci aveva accompagnato nel nostro recente passato.

Del resto, la recente legge 3/2018 sul riordino delle professioni sanitarie ha finalmente determinato una nuova, moderna, e definitiva identità per gli psicologi italiani, collocandoli nell'alveo del Ministero della Salute quali professionisti che tutelano il diritto alla salute fisica e psicologica di ogni individuo (art. 32 della Costituzione), affidando proprio al CNOP la funzione di organo sussidiario dello Stato per quanto concerne tutte le problematiche afferenti la psicologia.

In altre parole, lo psicologo interviene, insieme e alla pari degli altri professionisti della salute, in tutti quei processi mirati a quantificare e qualificare i nuovi bisogni di salute, non più legati in via esclusiva alla componente biologica.

Nel nostro paese è ormai consolidata una visione integrata della salute, nella quale le componenti biologiche, psicologiche e sociali pongono al centro l'individuo con la sua complessità e soggettività, e non più la malattia (modello bio-psico-sociale).

Proprio a seguito di queste valutazioni, l'1 ottobre 2018 è stato siglato a Bari col presidente Antonio Bitonci un importante protocollo d'intesa tra CNOP e ANCI per coinvolgere gli psicologi nelle azioni di sostegno e tutela che gli enti locali devono mettere in atto in favore dei cittadini.



Il nostro paese si caratterizza per un processo di invecchiamento della popolazione, con una serie di rilevanti problematiche sanitarie, esistenziali, sociali, tutte a carico dei Comuni. Gli “over 65” rappresentano ormai il 22,8% della popolazione.

Gli anziani soli vivono una condizione di solitudine che può virare verso forme di depressione cronica, con tutto ciò che ne deriva.

Anche la condizione socioeconomica delle famiglie in generale presenta livelli importanti di sofferenza.

Il 12,3 % delle famiglie italiane vive in uno stato di povertà relativa (nel mezzogiorno addirittura il 24,7%).

Mentre il 6,9% delle famiglie vive in regime di povertà assoluta (nel mezzogiorno il 10,3%).

Queste sono solo alcune delle aree di criticità che determinano quel disagio psicologico, esistenziale, relazionale e sociale che certamente limita, ostacola soprattutto i più deboli, i più fragili nel percorso di vita quotidiana.

La professione di psicologo nel corso degli anni si è declinata in vari contesti applicativi, che di fatto presentano nuove, e, a volte differenti, metodologie d'intervento, senza mai rinunciare ai due pilastri che caratterizzano ogni intervento professionale: la relazione e l'ascolto.

Con queste motivazioni, per dare un reale e concreto contributo agli amministratori delle nostre comunità territoriali, il Gruppo di Lavoro “*Impatto della Psicologia del territorio sulla spesa pubblica*” e la Task Force su “*Protocollo d'intesa CNOP/Anci*” hanno prodotto un documento di grande interesse perché, oltre a declinare tutti gli ambiti cui lo psicologo può/deve il necessario contributo professionale, è riportata tutta la tipologia di modulistica da utilizzare per potere programmare e avviare i progetti utili.

Un sentito ringraziamenti a tutti i componenti del GdL e della Task Force, ed in particolare ai coordinatori Nicola Malorni e Antonio Di Gioia, per l'impegno profuso.

Buona lettura.

*Il presidente
Fulvio Giardina*

PREFAZIONE

La Psicologia moderna ha contribuito in modo significativo alla individuazione e analisi dei fattori sociali che, nell'ambito delle relazioni umane, modellano lo sviluppo della mente e favoriscono il raggiungimento di uno stato di benessere biologico, psicologico e sociale (D. Brown, L. Zinkin, 1994). Anche le neuroscienze concepiscono oggi la mente come proprietà emergente dal corpo e dalle relazioni interpersonali, per cui le connessioni umane plasmano le connessioni neurali, ed entrambe contribuiscono allo sviluppo della mente (D. J. Siegel, 2012).

Tali considerazioni risuoneranno in coloro che ci leggono come monito ad una responsabilizzazione individuale e collettiva verso il genere umano. Non siamo che “rami di un grande albero” – affermava Carl Gustav Jung nel 1909: riconoscere l'importanza delle *relazioni* nel destino dell'essere umano è stata una delle più importanti conquiste della nostra cultura e, certamente, il “Sociale” è uno dei temi che maggiormente dovrebbero essere attenzionati dalle scienze psicologiche, nonché dalle politiche di *welfare* e di promozione della salute.

La salute dell'essere umano risente profondamente dei mutamenti della società e delle varie crisi che la riguardano, fra cui certamente risalta quella delle funzioni della madre e del padre, degli educatori, come anche dei servizi territoriali di tutela e promozione della salute in genere. Pensiamo alla fragilità dei legami familiari e del sentimento di coesione sociale, alla sempre più alta incidenza di separazioni coniugali con esiti spesso conflittuali, all'isolamento intergenerazionale indotto dalla massiva diffusione delle nuove tecnologie, alla marcata incidenza di violenza nell'ambito delle relazioni familiari, alla diffusione emergenziale delle dipendenze patologiche tra i giovani e i giovanissimi che non riguardano ormai più soltanto le “droghe” o l'alcol, ma finanche il “gioco”, che fino a qualche decennio fa eravamo abituati a narrare primariamente in riferimento alla creatività, alla vita simbolica, alla trasformazione.

Registriamo in questi ultimi decenni nei nostri studi privati o negli ambulatori di Psicologia, di neuropsichiatria infantile e psichiatria del Servizio Pubblico, un numero sempre maggiore di condizioni di

marginalità e disagio che non trovano frequentemente risposte adeguate a causa della carenza di risorse finanziarie e di personale nei Servizi territoriali e della assenza di programmazione nel lungo termine a valenza soprattutto preventiva: così si tende spesso ad “agire”, soprattutto nei servizi sociali territoriali, in emergenza, replicando prassi obsolete per nuovi bisogni emergenti, rispondendo prevalentemente all'esigenza di contenimento della spesa pubblica piuttosto che a politiche di promozione della salute, prospettiche e ad ampio raggio.

Chi lavora nel “sociale”, sa bene che emergono continuamente nuovi bisogni, si affrontano nuove crisi, tutto sembra mutare con una velocità impressionante: la Psicologia deve quindi adattarsi al cambiamento, interrogandosi continuamente, mutando a sua volta. Non è un caso che, tra i diversi ambiti di intervento della Psicologia, il nostro Paese abbia recentemente varato una specifica norma nazionale (inserita nel Disegno di Legge n. 1315/2019, cosiddetto “Decreto Calabria”, approvato il 30 maggio 2019) che stabilisce che nell'équipe che opera insieme al medico di Medicina generale nel *sistema territoriale delle cure primarie* vi sia anche lo psicologo che potrà implementare i servizi di promozione della salute accanto al medico di famiglia.

La Psicologia moderna ha ormai maturato la consapevolezza che ogni individuo, a qualunque età, vive immerso nella relazione col mondo, per cui - come confermano le neuroscienze - si viene al mondo con un bagaglio di informazioni genetiche che regolano l'organizzazione generale delle strutture cerebrali, ma le nostre esperienze di vita possono decidere quali geni vengano attivati ed espressi, come e quando. Se, infatti, l'espressione genica porta alla sintesi di proteine che consentono la crescita neuronale e la creazione di nuove sinapsi, saranno le esperienze ad influenzare direttamente le modalità espressive dei geni (*epigenesi*).

Il Documento che presentiamo ha l'indubbio merito di testimoniare, da prospettive esperienziali diverse degli Autori e delle Autrici, l'importanza dell'incontro/confronto della Psicologia moderna con la complessità del “sociale”: parlano le Autrici e gli Autori, ognuno dalla propria prospettiva, delle diversificate domande di aiuto che le famiglie, le persone anziane, giovani, disabili, le persone minorenni, immigrate. Domande che gli Enti locali portano, attraverso i Servizi Sociali del nostro Paese, alla stessa

Psicologia, chiedendo innanzitutto di poter essere accolte con gli stravolgimenti e le crisi che i mutamenti antropologici, sociali, economici e psichici hanno implicato nelle vite e nelle prassi.

La riflessione non più rinviabile, proposta dal gruppo scrivente, resta certamente non esaustiva e consapevolmente insatura, sullo “stato dell'arte” delle scienze psicologiche in questo particolare ambito.

Il Documento raccoglie informazioni utili a delineare lo stato dell'arte della Psicologia nei Servizi Sociali del Paese, con particolare riferimento a:

- la sua diffusione sul territorio;
- le sue funzioni nel sistema integrato degli interventi e dei Servizi sociali;
- l'impatto stimato della sua influenza sullo stato di salute dei cittadini e sulla spesa pubblica degli Enti Locali;
- il grado di soddisfazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (Liv.E.A.S) con riferimento agli interventi psicologici;
- l'evoluzione delle normative in materia di Psicologia in ambito sociale;
- le sfide future che la Psicologia, unitamente alle Istituzioni e al Legislatore dovranno affrontare nel prossimo futuro.

Il documento rappresenta una sintesi di due distinti progetti di ricerca realizzati nel corso della consiliazione CNOP 2014-2019 condotti:

1. dal Gruppo di Lavoro “Impatto della Psicologia del territorio sulla spesa pubblica” coordinato dal Presidente dell'Ordine degli Psicologi del Molise, Nicola Malorni;
2. dalla Task Force “Protocollo d'intesa CNOP/ANCI” coordinata dal Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia, Antonio Di Gioia.

Originariamente redatto dal primo Gruppo di lavoro, i cui obiettivi principali sono stati quelli di conoscere la reale diffusione delle competenze psicologiche in ambito sociale, gli assetti legislativi e programmatici delle diverse realtà territoriali, stimando l'impatto della Psicologia sugli Enti pubblici in termini di risparmio economico con particolare riferimento all'area degli interventi di tutela delle persone minorenni e delle famiglie a rischio, ha trovato opportunità di integrazione con l'approfondimento ulteriore della Task Force che nel

corso del 2018 è stata costituita ai fini della redazione e della successiva stipula del primo Protocollo di Intesa del CNOP con l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (in seguito semplicemente ANCI) siglato il 1 ottobre 2018 a Bari.

Il Protocollo siglato è allegato in Appendice al presente documento per facilitarne la consultazione delle lettrici e dei lettori, ugualmente scaricabile dal sito istituzionale CNOP www.psy.it, sezione "Protocolli d'intesa e convenzioni".

Ai fini del raggiungimento di tale risultato è stata fondamentale la condivisione teorica ed esperienziale dei due gruppi di lavoro, dal momento che il Protocollo CNOP/ANCI è stato sviluppato proprio a partire da una approfondita conoscenza, per certi aspetti inedita per la categoria professionale, del variegato mondo del "sociale".

In seno al Consiglio Nazionale, pertanto, in considerazione dei risultati dei due differenti gruppi di lavoro, è stata condivisa l'opportunità di promuovere nel prossimo futuro:

1. la ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza in Ambito Sociale (Liv.E.A.S, ex Legge n. 328 del 8 novembre 2000 – *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi sociali"*)
2. la programmazione di azioni di politica professionale utili alla promozione della diffusione sistematica e regolamentazione della Psicologia nei Servizi Sociali del Paese a partire dall'apporto conoscitivo di questo stesso documento che ha infatti prodotto elementi utili alla definizione di un quadro programmatico che si auspica possa portare nel prossimo futuro, attraverso azioni politiche di sviluppo in tale ambito, alla definizione puntuale dei campi di applicazione della Psicologia nella rete dei Servizi sociali e socio-sanitari del territorio.

Le Autrici e gli Autori del presente documento, unitamente al Consiglio Nazionale che lo approva, infatti, ritengono sia utile al Paese che le prestazioni psicologiche contribuiscano a rendere l'offerta dei Servizi ai cittadini più omogenea territorialmente, superando le difformità, garantendo uno stesso livello di assistenza nelle diverse aree territoriali, migliorando la qualità dei Servizi e degli interventi multidisciplinari in tali ambiti.

COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO “IMPATTO DELLA PSICOLOGIA DEL TERRITORIO SULLA SPESA PUBBLICA”

NICOLA MALORNI

Consigliere CNOP, Presidente Ordine Psicologi del Molise, Psicologo e psicoterapeuta, Psicologo Analista AIPA-IAAP, già Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale di Termoli (Molise), è membro di redazione della Rivista di Psicologia Analitica. È consigliere comunale presso Comune di Termoli, Presidente della I Commissione Consiliare “Ordinamento Istituzionale e Organizzazione Amministrativa” e componente della V Commissione Consiliare “Servizi Sociali, Istruzione, Cultura e Sport”.

CRISTINA CABRAS

Professoressa associata di Psicologia Sociale, Psicologia Giuridica e Criminologia, Coordinatrice dei Corsi di Laurea Triennale e Magistrale in Psicologia presso Università degli Studi di Cagliari. E' responsabile scientifica di progetti finanziati H2020, Fondazione di Sardegna e di convenzioni attivate dal Dipartimento di Pedagogia, Psicologia, Filosofia dell'Università di Cagliari, per attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione. Autrice di pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali. Socia iscritta a società scientifiche nazionali e internazionali tra cui APA, SPSP, AIP, ESC, SIO.

ALESSANDRO MANCINELLA

Segretario Ordine Psicologi del Molise, Psicologo e psicoterapeuta, componente dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale di Termoli

ANNA ROSA MELILLO

Dirigente Psicologo Psicoterapeuta presso l'Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica, con incarico nella U.O. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza di Bari Città Metropolitana del Dipartimento di Salute Mentale. Per un ventennio Responsabile dell'U.O. di Assistenza Psicologica e



Consultoriale di Gravina in Puglia e del servizio “Area Maltrattamento Infanzia” del D.S.S. n.4. Dal 2011, impegnata nella task force Asl Ba per la progettazione compresa nel Piano Strategico Regionale di Educazione alla Salute nelle Scuole, in partenariato con l’Ufficio Scolastico Regionale, Uni-Ba, Associazionismo. Socia sostenitrice delle attività formative dell’Associazione di Psicologia Giuridica Italiana. Già consigliere dell’Ordine degli Psicologi della Puglia e per un ventennio attiva militante nelle Segreterie AUPI Ba/Puglia per la valorizzazione della professione dello Psicologo nel SSN.

MARCO MORANDO

Psicologo – Aut. 1996/10, Psicoterapeuta e Psicoanalista dell’Infanzia, dell’Adolescenza e della Famiglia, Modello Tavistock – Londra. Presidente del Centro Studi Martha Harris di Savona. Giudice Onorario presso la Corte d’Appello del Tribunale per i Minori di Genova. Consigliere dell’Ordine degli Psicologi della Liguria con nomina di Tesoriere.

FAUSTA NASTI

Psicologa, Psicoterapeuta, già Segretaria Ordine Psicologi Campania, coautrice e proponente della Legge Regionale n. 9 del 3 agosto 2013 della Regione Campania - *“Istituzione del Servizio di Psicologia del Territorio della Regione Campania”*

COMPONENTI DELLA TASK FORCE “PROTOCOLLO D'INTESA CNOP/ANCI”

ANTONIO DI GIOIA

Consigliere CNOP, Presidente Ordine Psicologi della Puglia, Psicologo e psicoterapeuta

RICCARDO BETTIGA

Consigliere CNOP, Presidente Ordine Psicologi della Lombardia, Psicologo e psicoterapeuta

TANCREDI DI IULLO

Consigliere CNOP, Presidente Ordine Psicologi dell'Abruzzo, Psicologo e psicoterapeuta

GIUSEPPE LATILLA

Psicologo, psicoterapeuta, sociologo, criminologo, Giudice Onorario Tribunale per i Minorenni di Bari, già Consigliere dell'Ordine degli Psicologi della Puglia. Ha maturato una specifica esperienza in materia di affidamento e adozione internazionale in collaborazione la Regione Puglia. Docente presso la Scuola Superiore di Sicurezza e Servizio Sociale Amministrazione Provinciale di Bari, già Segretario Provinciale, Consigliere Nazionale AIMM-F (Ass. Naz. Magistrati Minori – Famiglie). Attività di formazione e docenza corso Tutori (MSNA) presso Garante Minori Regione Puglia, Formazione e coordinamento Educatori (ADE) presso Comuni della Provincia di Bari.

NICOLA MALORNI

Consigliere CNOP, Presidente Ordine Psicologi del Molise, Psicologo e psicoterapeuta, Psicologo Analista AIPA-IAAP, già Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale di Termoli (Molise), è membro di redazione della Rivista di Psicologia Analitica. È consigliere comunale presso Comune di Termoli, Presidente della I Commissione Consiliare “Ordinamento Istituzionale e Organizzazione Amministrativa” e componente della V Commissione Consiliare “Servizi Sociali, Istruzione, Cultura e Sport”.



FAUSTA NASTI

Psicologa, Psicoterapeuta, già Segretario Ordine Psicologi Campania, coautore e proponente della Legge Regionale n. 9 del 3 agosto 2013 della Regione Campania - *“Istituzione del Servizio di Psicologia del Territorio della Regione Campania”*

PAOLO RIVA

Psicologo, dottore di ricerca in Psicologia Sociale, Cognitiva e Clinica, è Ricercatore presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Titolare dell'insegnamento di Psicologia delle influenze sociali per il corso di laurea magistrale in Psicologia Sociale, Economica e delle Decisioni. I suoi interessi di ricerca principali riguardano lo studio delle cause, conseguenze e soluzioni al problema dell'esclusione sociale, dell'ostracismo e della solitudine.

Si interessa inoltre dell'impatto delle tecnologie digitali (social media) sulle relazioni sociali, il benessere e la salute.

Solo raramente [...] la Psicologia individuale riesce a prescindere dalle relazioni del singolo con altri individui. Nella vita psichica del singolo l'altro è regolarmente presente come modello, come oggetto, come soccorritore, come nemico, e pertanto, in quest'accezione più ampia ma indiscutibilmente legittima, la Psicologia individuale è al tempo stesso, fin dall'inizio, Psicologia sociale.

Sigmund Freud

Come l'individuo non è assolutamente un essere unico e separato dagli altri, ma è anche un essere sociale, così la psiche umana non è un fenomeno chiuso in sé e meramente individuale, ma è anche un fenomeno collettivo.

Carl Gustav Jung

1. LA LEGGE 328/2000: I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA IN AMBITO SOCIALE

La Legge 328/2000 ha profondamente riformato il settore dei Servizi sociali, proponendo un sistema integrato di interventi, in presenza di **azioni multidisciplinari**. Essa promuove soprattutto interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, la non discriminazione e i diritti di cittadinanza; previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezze economiche, difficoltà sociali e stress psicosociale. Obiettivo primario e fondamentale è la **promozione del benessere “biopsicosociale”**¹ attraverso azioni di inclusione sociale, l'affermazione dei principi della solidarietà sociale, della sussidiarietà e della partecipazione attiva dei cittadini.

Il 2° comma della Legge definisce gli interventi *“che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e Servizi”*. Inoltre, il 4° comma prevede che le Leggi regionali debbano prevedere la presenza di alcune tipologie di Servizi in ogni ambito territoriale: Servizio sociale professionale e Segretariato sociale, Pronto intervento sociale, Assistenza domiciliare, Strutture residenziali e semiresidenziali, Centri di accoglienza.

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

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

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

I **Livelli Essenziali delle Prestazioni** (abbreviato in **L.E.P.**) sono quelli che l'articolo 117, secondo comma, lettera "m" della **Costituzione** vuole che vengano garantiti su tutto il territorio nazionale. Il compito della loro definizione spetta esclusivamente allo Stato, ma la loro realizzazione compete oltre che allo stesso Stato anche ai diversi Enti territoriali, ovvero alle Regioni, alle Province e agli Enti locali. La forte autonomia di cui godono ora le Regioni e gli altri Enti appena ricordati ha tuttavia spinto il Legislatore a prevedere una serie di strumenti volti a garantire non solo una sostanziale unità nazionale ma anche la presenza, su tutto il territorio, di Servizi capaci di rispondere alle esigenze fondamentali del cittadino, salvaguardando cioè i livelli essenziali delle prestazioni soprattutto nel settore dei diritti civili e sociali.

In tale contesto normativo, **le competenze e gli interventi psicologici**, come è stato possibile evincere da un'analisi degli **interventi e Servizi individuati dal Nomenclatore del CISIS² (2013)**, sono assicurate nei Servizi sociali dal **Sistema integrato previsto dalla Legge 328/2000**. Tuttavia, essi **non risultano ancora adeguatamente tracciati tra i Liv.E.A.S.**, mancando ancora una loro chiara individuazione da parte del governo centrale, parzialmente sanata dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza o L.E.A. (D.P.C.M. 12 gennaio 2017), lì dove intervengono nell'ambito dei Servizi integrati sociosanitari.

² CISIS: Centro Interregionale per i Sistemi Informatici, Geografici e Statistici – Via Piemonte, 39 - 00187 Roma. PEC: cisis@pec.net. E' un'associazione tra le Regioni e le Province autonome che si costituisce nel 1989 in qualità di organo tecnico della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome per le materie Sistemi Informatici, Geografici e Statistici. Svolge attività di supporto e di istruttoria tecnica per la Conferenza dei Presidenti, raccordo e confronto tecnico con le altre realtà istituzionali, collaborazione tra le Regioni e Province per lo sviluppo di sistemi informatici, geografici e statistici, realizzazione di iniziative formative.

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

La qualità dei Servizi, obiettivo posto alla base della stessa definizione dei LIV.E.A.S. da parte del Governo centrale, è sicuramente correlata ad una chiara definizione delle competenze applicate nel sistema dei Servizi; è quindi necessario apportare all'attuale assetto una migliore definizione dei confini e delle funzioni che la Psicologia svolge in risposta ai bisogni della cittadinanza.

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

2. LA PSICOLOGIA NEI PIANI SOCIALI REGIONALI E I PIANI DI ZONA

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

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

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

Attraverso il PdZ gli Ambiti Territoriali Sociali:

1. analizzano le criticità e i bisogni del territorio;
2. individuano obiettivi, strumenti e mezzi per l'erogazione dei Servizi e degli interventi sociali;
3. pianificano l'organizzazione degli stessi, le risorse e i requisiti strutturali e funzionali;
4. assicurano la rilevazione dei dati, anche attraverso forme di concertazione con i Distretti sanitari o con soggetti del Terzo settore;
5. indicano le strategie di sviluppo delle politiche sociali e sociosanitarie;

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

6. garantiscono il coordinamento con gli organi statali periferici e la collaborazione fra i Servizi territoriali.

Alla costruzione del Piano di Zona - elaborato da un Ufficio di Piano⁴ - partecipano, insieme ai Comuni afferenti all'ATS, anche l'Azienda Sanitaria attraverso il Distretto, gli operatori dei Servizi pubblici e privati, le cooperative sociali, associazioni, fondazioni, organizzazioni sindacali, enti ecclesiastici e di volontariato che operano sul territorio. Attraverso il Pdz, i Comuni associati, unitamente agli attori sopra menzionati, individuano gli interventi e le politiche dello stesso settore e programmano in modo integrato le politiche di un territorio. Il Pdz sviluppa e approfondisce le indicazioni regionali in materia di programmazione sociale e le connette al livello locale. Particolare attenzione è dedicata alla collaborazione con il Distretto Sanitario e agli obiettivi di integrazione con l'Ambito Sociale con il quale si condividono esperienze progettuali e di *policy*.

Nel Piano di Zona, inoltre, si individuano:

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

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

Dall'analisi di molteplici Piani sociali di Zona o Piani sociosanitari di diverse Regioni italiane (Campania, Molise, Abruzzo, Puglia, Toscana, Umbria, Lombardia, Piemonte, Veneto, Liguria), abbiamo verificato come i Documenti si configurino generalmente, in conformità a quanto previsto

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

dalla L. 328/2000 come luogo privilegiato di “saperi” e competenze diffuse e di messa in comune di dati e informazioni raccolti dai diversi osservatori territoriali. La programmazione territoriale degli Ambiti sociali o Distretti sociosanitari rivolge in genere la propria azione alle aree di intervento di seguito elencate:

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

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

La complessità del sistema dei Servizi rispetto alla quale la/o psicologa/o è chiamata/o ad intervenire implica la necessità di una formazione ulteriore e competenze specifiche⁵ nei seguenti ambiti:

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

- a. Psicologia di Comunità
- b. Psicologia delle organizzazioni e del lavoro
- c. Psicologia clinica
- d. Psicologia sociale
- e. Psicologia scolastica e dell'educazione
- f. Psicologia della disabilità e metodologie di intervento in tale ambito
- g. Psicologia forense-giuridica
- h. Fondamenti di diritto minorile civile, penale e amministrativo
- i. Fondamenti di diritto di famiglia, sociologia generale, della famiglia e della devianza minorile
- j. Fondamenti di antropologia culturale e delle migrazioni
- k. Fondamenti su progettazione e organizzazione dei Servizi sociali, delle agenzie territoriali pubbliche e del privato sociale
- l. Metodologie e tecniche delle ricerche psicosociali
- m. Normative, conoscenze e metodi di intervento psicologico in ambito di adozione nazionale e internazionale
- n. Normative comunitarie, nazionali, regionali e comunali e regolamenti in materia di interventi psicosociali, psico-emergenziali, sociosanitari, politiche migratorie e di contrasto delle nuove forme di povertà.

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

L'intervento delle/gli psicologhe/i è inoltre previsto in ambiti di lavoro trasversale alle differenti aree tematiche sopra elencate, a partire dai fenomeni che attraversano i differenti target di utenza (minorenni, adulti e famiglie ad esempio; o anche disabilità e non autosufficienza nella persona anziana).

Si citano, a titolo esemplificativo: le condizioni di fragilità e di non autosufficienza, il sostegno alle relazioni familiari, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, la coesione sociale, le nuove e vecchie povertà.

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

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

1. **Interventi preventivi e di promozione della salute** rivolti alla cittadinanza (scuole, consigli di quartiere, comunità e altre realtà istituzionali e non), tesi a promuovere e sostenere la salute e l'inclusione sociale, a garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza;
2. **Interventi integrati di carattere sociosanitario**, in piena sinergia con altri operatori socio-sanitari per curare e ridurre le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, disagio scolastico minorile (ad esempio bullismo, dispersione scolastica, disturbi dell'apprendimento e della comunicazione in età evolutiva);
3. **Interventi formativi** finalizzati alla promozione di competenze in ambito psicologico e sociale, educativo, scolastico, emergenziali, transculturali, trasversali alle diverse professionalità della cura, sociali ed educative.

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

In particolare, le competenze psicologiche intervengono nel sistema inte-

grato dei Servizi sociali mediante attività:

- a. in **contesti residenziali e semiresidenziali** per le persone in tutte le situazioni di disagio e/o di fragilità psicosociale;
- b. di contrasto del disagio derivante da **condizioni di fragilità** di ordine culturale, sociale, economico, relazionale e lavorativo;
- c. di **supporto alla persona, alla famiglia e rete sociale** (Servizio per l'affidamento dei minorenni, Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minorenni, Servizio di mediazione familiare, interventi di sostegno alla genitorialità);
- d. in Servizi psicologici e educativo-assistenziali e per il supporto all'**inserimento lavorativo**;
- e. di promozione della **permanenza al domicilio** (Assistenza domiciliare socio-assistenziale ed educativa; Assistenza domiciliare integrata con Servizi sanitari);
- f. di **coprogettazione e coordinamento presso Asili e Servizi per la prima infanzia** (Asili nido, Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia: in contesto domiciliare, Spazi gioco, Centri bambini-genitori) e presso **Centri con funzione educativo-ricreativa** (Ludoteche, centri di aggregazione sociale, Centri per le famiglie, Centri diurni di protezione sociale, Centri diurni estivi);
- g. in interventi psicosociali e psicoeducativi presso Centri a carattere sociosanitario, quali **Centri diurni semiresidenziali e socio-riabilitativi, laboratori protetti e Centri occupazionali**;
- h. in **contesti di accoglienza, assistenza, supporto psicologico alla popolazione migrante** con l'aiuto e il supporto di mediatori linguistico-culturali, con particolare riferimento ai minorenni stranieri non accompagnati e rifugiati;
- i. in favore di minorenni e/o di persone minacciate o vittime di **violenza fisica, sessuale, psicologica, maltrattamenti e stalking**;
- j. in favore delle persone e delle famiglie con persone affette da **malattie croniche o con disabilità**;
- k. in favore delle persone e delle famiglie ad alto **rischio di disgregazione**, in **situazione di perdita, trauma o lutto**, nell'**assistenza nei percorsi di affido e adozione**;

- l. in favore di minorenni e adulti **nei percorsi processuali, di pena e riabilitazione**: ad esempio, per quanto riguarda i minori (diritto penale minorile - D.P.R. 448/88), interventi in sinergia con Servizi sociali degli Uffici Minorili (USSM) della giustizia; per gli adulti, interventi in sinergia con il Servizi sociali di Esecuzione Penale Esterna o U.E.P.E.⁶;
- m. di **informazione, formazione e consulenza nel sistema di istruzione e formazione professionale** finalizzati alla salute, al benessere individuale e collettivo, al successo formativo, all'integrazione, al contrasto del disagio giovanile, della dispersione scolastica, del bullismo e dei comportamenti a rischio;
- n. di **prevenzione, diagnosi, valutazione e riabilitazione psicologica**, in collaborazione con competenze multiprofessionali e in rete con i Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Consultori Familiari, Dipartimento della Salute Mentale e Dipartimento per le Dipendenze patologiche e Servizi della riabilitazione;
- o. di **consulenza, coprogettazione, coordinamento, supervisione, prevenzione dello stress lavoro correlato e prevenzione del burn-out** negli Enti locali e nelle strutture residenziali e semiresidenziali del Sistema integrato dei Servizi;
- p. di **prevenzione, informazione e comunicazione riguardo ai temi del disagio, della salute mentale e del benessere psicologico e sociale**, in collaborazione con il Terzo settore e il Volontariato;
- q. a supporto di iniziative individuali e associative in **ambito culturale, sociale, dello sport, dell'arte e del tempo libero**.

Il Centro Interregionale per i Sistemi Informativi, Geografici e Statistici (CISIS), in collaborazione con il Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali e con la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, ha aggiornato nel 2013 il "*Nomenclatore degli interventi e Servizi sociali*" che

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

individua e definisce gli interventi e i Servizi sociali e psicologici in ambito sociale previsti dal Sistema integrato dei Servizi comunali, integrando e raccordando le classificazioni previste per gli stessi nelle diverse Regioni e Province autonome italiane. Si riportano di seguito gli ambiti di intervento individuati nel Nomenclatore entro i quali la Psicologia è massimamente rappresentata nei territori:

TABELLA 1
INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI - NOMENCLATORE CISIS 2013

CATEGORIE	INTERVENTI E SERVIZI	DEFINIZIONI
C1	Pronto intervento sociale	Interventi attivati per offrire sostegno a specifici target, in particolare persone senza dimora e adulti in situazioni di emergenza sociale, anche attraverso unità mobili di strada che offrono Servizi di prima assistenza (distribuzione indumenti, pasti caldi, informazioni, accompagnamento a centri di accoglienza, ecc.).
D3	Servizio per l'affidamento dei minorenni	Attività di supporto per favorire l'accoglienza (a tempo pieno o parziale) di un minore in un nucleo familiare qualora la famiglia di origine sia momentaneamente impossibilitata a provvedervi in modo adeguato, anche in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria.
D4	Servizio per l'adozione nazionale e internazionale dei minorenni	Attività volta a proteggere e tutelare la crescita del minore in stato di abbandono attraverso l'accoglienza definitiva in un nuovo nucleo familiare.
D5	Servizio di mediazione familiare	Servizio di sostegno alla coppia in fase di separazione o già separata, con figli minori.
D6	Interventi di sostegno alla genitorialità	Interventi di sostegno alle funzioni genitoriali (anche attraverso colloqui, incontri, titoli sociali).
F1	Sostegno socio-educativo scolastico	Interventi mirati a favorire il processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche dei minori con problemi sociali (in particolare dei ragazzi disabili e dei minori stranieri).

CATEGORIE	INTERVENTI E SERVIZI	DEFINIZIONI
F2	Sostegno socio-educativo territoriale	Interventi di sostegno destinati ai soggetti a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogati in strutture o in luoghi di aggregazione spontanea, per il raggiungimento della massima autonomia personale e sociale. Vi sono comprese persone con disagio mentale o senza dimora.
F3	Sostegno socio-educativo domiciliare	Interventi di sostegno destinati ai soggetti a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogati a domicilio per il raggiungimento della massima autonomia personale e sociale. Vi sono comprese persone con disagio mentale.
F4	Supporto all'inserimento lavorativo	Interventi mirati a incentivare l'inserimento e il reinserimento lavorativo di soggetti disabili o a rischio di emarginazione comprese persone con disagio mentale o senza dimora.
G1	Assistenza domiciliare socio assistenziale	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio.
IB4	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	Interventi economici a sostegno di percorsi di transizione al lavoro o di Servizi all'inserimento lavorativo. In questa categoria rientrano borse lavoro, tutoraggio e altre forme di sostegno
LA4	Centri diurni di protezione sociale	Centro diurno socio-educativo per bambini e adolescenti e Centri diurni con funzione di protezione sociale: centri sociali di tipo aperto, che svolgono attività di sostegno, socializzazione e recupero per minori, persone con disabilità, anziani, tossicodipendenti o altre persone con disagio sociale (senza dimora, persone con disagio mentale).

CATEGORIE	INTERVENTI E SERVIZI	DEFINIZIONI
LC1	Centri diurni semiresidenziali sociosanitari e socio-riabilitativi	Servizi complessi a ciclo diurno che forniscono interventi a carattere socio-sanitario e socio-riabilitativo e, in caso di bisogno, anche psicoterapeutico. Sono compresi: Servizi semiresidenziali per terapia riabilitativa delle dipendenze, Centri diurni per anziani non autosufficienti, Centri diurni per persone con disabilità e Centri diurni per malati psichiatrici.
MA5	Strutture di pronta accoglienza minorenni	Strutture residenziali per minorenni in situazioni di emergenza che provvedono alla tempestiva e temporanea accoglienza di essi quando si trovano in situazione di abbandono o di urgente bisogno di allontanamento dall'ambiente familiare.

3. DALL'APPROVAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE N. 9 DEL 3 AGOSTO 2013 DELLA REGIONE CAMPANIA “ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA DEL TERRITORIO DELLA REGIONE CAMPANIA” AL PIANO REGIONALE LAVORO

In Campania, nell'ottica di rafforzare la professione psicologica e dare seguito al suo mandato di allestire contesti di riflessione e di pensiero per migliorare la qualità di vita delle cittadine e dei cittadini, nasce l'idea di creare sinergie e collaborazioni stabili con le Amministrazioni Locali.

La *Settimana del Benessere Psicologico*, iniziativa di promozione della professione psicologica promossa dal Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Campania attraverso il progetto “Città amiche del benessere psicologico”, è diventata nel corso degli anni un momento in cui le psicologhe e gli psicologi collaborano con i/le Sindaci/le su tematiche sociali, sui nuovi sistemi di convivenza, rendendo la Psicologia più vicina alla cittadinanza. L'iniziativa ha trovato ormai ampia diffusione in tutto il territorio nazionale con l'adesione di diversi Ordini regionali.

Il Past President Raffaele Felaco e il precedente esecutivo dell'Ordine degli Psicologi della Campania, durante gli anni di mandato 2010-2014, scrissero una legge che prevedesse in maniera stabile la presenza dello psicologo nei settori dei Servizi sociali e della scuola. La raccolta di firme per una **proposta di Legge ad iniziativa popolare per istituire la figura dello "Psicologo del Territorio" o meglio la legge "Istituzione del Servizio di Psicologia Territoriale della Regione Campania"** venne lanciata in più di 300 Comuni campani.

La finalità era quella di promuovere “interventi in contesti residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale, in centri di accoglienza per donne maltrattate, a favore di soggetti fragili minacciati o vittime di violenza fisica, sessuale e psicologica, di famiglie con membri affetti da disabilità, famiglie ad alto rischio di disgregazione, impegnate nei percorsi di affido e adozione, interventi in favore di minori e adulti con carichi penali o mirati a favorire la piena integrazione di cittadini immigrati”.

Il testo prevedeva, tra l'altro, interventi di "informazione e consulenza finalizzati al benessere della scuola, al successo formativo e alla prevenzione", nonché al "contrasto del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio".

Le firme necessarie per proporre una legge ad iniziativa popolare sono 10.000, ma in meno di 3 mesi ne furono raccolte circa 22.000 e questo risultato si rese possibile solo grazie alla grande mobilitazione di colleghe/i e alla sensibilità dei cittadini nel richiedere alla politica di promuovere competenze specifiche all'interno dei Comuni.

Nel mese di maggio 2013 il Presidente Raffaele Felaco e la Vicepresidente Antonella Bozzaotra vennero convocati presso la VI Commissione permanente del Consiglio regionale per un'audizione, che successivamente deliberò l'ammissibilità della proposta in Aula.

Il mese successivo la proposta di Legge ad iniziativa popolare per lo "Psicologo del Territorio" venne approvata dalla VI Commissione Regionale per i Servizi Sociali e denominata "Servizi di Psicologia territoriale", in quanto introduceva in maniera strutturata questa figura nei settori dei Servizi sociali e della scuola in Campania.

Durante la seduta del Consiglio Regionale della Campania del **3 Agosto 2013** lo "Psicologo del Territorio" divenne una realtà: la proposta di Legge a iniziativa popolare promossa dall'Ordine degli Psicologi della Campania "**Istituzione del Servizio di Psicologia Territoriale della Regione Campania**" venne approvata all'unanimità. Per la prima volta tutti i partiti politici rappresentati in aula condivisero e diventarono agenti di un cambiamento significativo.

Prima di questa Legge la presenza delle/gli psicologhe/gi era prevista solo ed esclusivamente nel campo della Sanità e non nell'area dei Servizi sociali e della Scuola, a differenza della gran parte dei Paesi più progrediti dell'Unione Europea e del mondo. Con la Legge 9 del 3 agosto 2013 si colma questo vuoto legislativo, cogliendo un bisogno da sempre presente nelle comunità sociali e scolastiche e passando dal concetto di consulenza individuale e centrata sul disagio a un modello di interventi sistemici e comunitari.

La Legge prevede la presenza di almeno una/o psicologa/o ogni 10.000 abitanti e viene sottolineata la specificità psicologica e non psicoterapica,

in quanto gli interventi psicologici previsti sono tipici della professione di psicologo, così come ampiamente descritto nel documento **“La professione di Psicologo: declaratoria, elementi caratterizzanti ed atti tipici”** approvata del CNOP il 5 giugno 2015.

Dato il momento storico di approvazione della Legge, la crisi economica e la *spending review*, ed anche per esprimere un parere vincolante attraverso la Legge sui Fondi per l'attuazione dei Piani di Zona, l'art. 4 della Legge prevede che la copertura finanziaria per l'assunzione di psicologhe e psicologi in questo settore avvenga attraverso i suddetti Fondi.

Il primo riconoscimento ufficiale arriva con il Decreto Dirigenziale n. 66 del 16/10/2014 “Presenza d'atto delle proposte progettuali per la realizzazione dei Centri Antiviolenza, ai sensi della L.R. n.2 del 11/02/2011” dove è richiesto in maniera chiara che all'interno di questi Servizi ci sia almeno una/o psicologa/o del territorio. La Campania, attraverso la Legge Regionale n. 2 del 12 febbraio 2018 integra e modifica la cosiddetta “Legge dello Psicologo del Territorio” prevedendo anche **interventi in favore degli anziani vittime di raggiri e truffe.**

Gli ultimi sviluppi per la piena applicazione della Legge hanno riguardato il Piano Regionale Lavoro, che coinvolge i Comuni per l'assunzione di figure professionali di cui è carente la Pubblica Amministrazione. L'obiettivo specifico è selezionare, formare e qualificare, con le modalità del concorso-corso, 10.000 potenziali dipendenti pubblici da immettere negli organici della Regione Campania e delle amministrazioni locali della Campania a copertura delle posizioni già vacanti e di quelle che si libereranno per i numerosi pensionamenti previsti nel prossimo triennio.

Negli incontri avvenuti tra referenti regionali e la Presidente Bozzaotra è stata messa a punto una proposta che prevedeva di inserire tra i Diplomi di Laurea, la Laurea Specialistica in Psicologia e di dare un punteggio adeguato all'iscrizione all'Ordine. Ai Comuni aderenti al Piano Lavoro che non hanno inserito la figura della/o Psicologa/o, perché non prevista in Pianta Organica, in accordo con l'ANCI sarà richiesto di fornire la Pianta Organica del Personale provvedendo ad un adeguamento con l'inserimento della figura professionale come disposto dalla Legge del 3 Agosto del 2013 “Psicologo del Territorio”.

Tali innovazioni normative permettono di creare una cultura psicologica fondata sul rispetto delle competenze e cercano di non appiattare la Psicologia alla psicoterapia o alla Psicologia clinica, e quindi ad interventi strettamente sanitari.

Si riporta di seguito la Legge regionale.

LEGGE REGIONALE N. 9 DEL 3 AGOSTO 2013
“ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA DEL TERRITORIO DELLA REGIONE
CAMPANIA”
IL CONSIGLIO REGIONALE
Ha approvato
IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
PROMULGA
La seguente legge:

Art. 1

(Istituzione e finalità del Servizio di Psicologia del territorio)

1. Per garantire ai cittadini della Regione Campania l'accesso alle prestazioni sociali attinenti alle discipline psicologiche è istituito, nel sistema dei Servizi sociali della Regione, il Servizio di Psicologia del territorio. Tale Servizio è l'insieme coerente e coordinato delle attività psicologiche necessarie ai bisogni dei cittadini.
2. I Comuni, in forma singola o associata, oppure gli ambiti territoriali competenti per la realizzazione del sistema integrato dei Servizi sociali della Regione, prevedono nei Piani sociali di zona i Servizi di cui al comma 1 e ne disciplinano il funzionamento nel rispetto delle disposizioni contenute nella presente legge.
3. Il Servizio previsto nel comma 1 è garantito in ogni ambito territoriale, con la presenza di almeno un operatore ogni diecimila abitanti.
4. Il Servizio di Psicologia del territorio:
 - a) contribuisce al benessere nel sistema di convivenza, fronteggia e previene i fenomeni di disagio relazionale nella famiglia, nella scuola e nella comunità;
 - b) promuove il pieno ed armonico sviluppo psicologico dell'individuo in relazione ai contesti di vita familiari, lavorativi, amicali, del tempo libero, associativi e comunitari.

Art. 2

(Compiti ed attività del Servizio di Psicologia del territorio)

1. Il Servizio di Psicologia del territorio svolge le seguenti attività:
 - a) interventi in contesti residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale;
 - b) interventi in centri di accoglienza per l'assistenza alle donne maltrattate;
 - c) interventi in favore di soggetti fragili minacciati o vittime di violenza fisica, sessuale e psicologica;
 - d) interventi in favore delle famiglie con membri con disabilità;
 - e) interventi in favore di famiglie ad alto rischio di disgregazione;
 - f) interventi in favore di famiglie nei percorsi di affido ed adozione;
 - g) interventi in favore di minori e adulti dell'area penale;
 - h) interventi per favorire la piena integrazione psico-sociale dei cittadini immigrati;
 - i) interventi di informazione e consulenza nella scuola finalizzati al benessere della scuola, al successo formativo, al contrasto del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio.

Art. 3

(Requisiti degli operatori)

1. I Servizi di Psicologia territoriale previsti nella presente legge si avvalgono, per lo svolgimento delle proprie funzioni, di operatori psicologi iscritti alla Sezione A dell'Albo professionale dell'Ordine degli psicologi, di cui all'articolo 50, commi 1 e 2, e degli articoli 51 e 52 del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328 (Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti).

Art. 4

(Norma finanziaria)

1. I Servizi previsti nella presente legge sono finanziati nell'ambito delle risorse disponibili per la realizzazione dei Piani sociali di zona senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale.

Art. 5
(Disposizioni transitorie)

1. I Servizi previsti nell'articolo 1, comma 1, operano per ciascun ambito territoriale sociale, successivamente all'adozione del rispettivo Piano sociale di zona approvato dalla Giunta regionale, e comunque non oltre tre anni a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 6
(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.
La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.
È fatto obbligo a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Campania.

Note

Avvertenza: il testo della legge viene pubblicato con le note redatte dal Settore Legislativo, al solo scopo di facilitarne la lettura (D.P.G.R.C. n. 15 del 20 novembre 2009 - "Regolamento di disciplina del Bollettino ufficiale della regione Campania in forma digitale").

Note all'art. 3

Comma 1.

Decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328: "Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti."

Articolo 50: "Sezioni e titoli professionali."

Commi 1 e 2: "1. Nell'albo professionale dell'ordine degli psicologi sono istituite la sezione A e la sezione B.

2. Agli iscritti nella sezione A spetta il titolo professionale di psicologo."

Articolo 51: "Attività professionali."

"1. Formano oggetto dell'attività professionale degli iscritti nella sezione

A, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 1, comma 2, restando immutate le riserve e attribuzioni già stabilite dalla vigente normativa, oltre alle attività indicate nel comma 2, le attività che implicano l'uso di metodologie innovative o sperimentali, quali:

- a) l'uso di strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione, riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità;
 - b) le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito;
 - c) il coordinamento e la supervisione dell'attività degli psicologi juniores.
2. Abrogato.”

Articolo 52: “Esami di Stato per l'iscrizione nella sezione A.”

1. L'iscrizione nella sezione A è subordinata al superamento di apposito esame di Stato.
2. Per l'ammissione all'esame di Stato è richiesto il possesso della laurea specialistica nella classe 58/S - Psicologia, oltre a un tirocinio della durata di un anno.
3. L'esame di Stato è articolato nelle seguenti prove:
 - a) una prima prova scritta sui seguenti argomenti: aspetti teorici e applicativi avanzati della Psicologia; progettazione di interventi complessi su casi individuali, in ambito sociale o di grandi organizzazioni, con riferimento alle problematiche della valutazione e dello sviluppo delle potenzialità personali;
 - b) una seconda prova scritta sui seguenti argomenti: progettazione di interventi complessi con riferimento alle problematiche della valutazione dello sviluppo delle potenzialità dei gruppi, della prevenzione del disagio psicologico, dell'assistenza e del sostegno psicologico, della riabilitazione e della promozione della salute psicologica;
 - c) una prova scritta applicativa, concernente la discussione di un caso relativo ad un progetto di intervento su individui ovvero in strutture complesse;

- d) una prova orale sugli argomenti della prova scritta e su questioni teorico-pratiche relative all'attività svolta durante il tirocinio professionale, nonché su aspetti di legislazione e deontologia professionale.”.

4. DAI PIANI SOCIALI DI ZONA ALL'APPROVAZIONE DELLA LEGGE DI RIORDINO DEI SERVIZI INTEGRATI DELLA REGIONE MOLISE

Come la Campania, anche la piccola regione del Molise (320.000 abitanti) è stata laboratorio nelle ultime decadi di un complesso percorso di riorganizzazione dei Servizi sociali che ha portato ad una valorizzazione sempre maggiore delle competenze psicologiche in tali ambiti.

Tale processo si è innescato a partire da una rinnovata consapevolezza di quanto fosse importante attuare una trasformazione sia sul versante della competitività, della qualità dei processi di crescita, sia su quello della sostenibilità, intesa come la capacità di adeguare l'organizzazione dei Servizi e la programmazione dei piani di intervento regionali e territoriali ai difficili temi dello sviluppo umano e della promozione della Salute.

In tale contesto è maturata anche la consapevolezza che dovesse essere superato il modello di intervento ispirato al supporto di tipo meramente assistenzialistico, a favore di politiche di promozione dei diritti e di affiancamento attivo alle "fragilità".

Sin dal 2014, attraverso il coinvolgimento di una fitta rete di soggetti istituzionali e di rappresentanti del Terzo Settore, che ha incluso anche l'Ordine degli Psicologi del Molise, è stata così avviata un'azione strategica volta alla riprogrammazione dei Servizi territoriali socio-assistenziali che si è declinata in due distinti step:

1. Promulgazione della **Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13** recante ad oggetto "**Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e Servizi sociali**" (d'ora in poi Legge regionale 13/2014);
2. Stesura del nuovo **Piano Sociale Regionale 2016-2018**, redatto ai sensi dell'art. 26 della Legge 13/2014.

Sul versante degli indirizzi politico-amministrativi, l'**integrazione socio-sanitaria** costituiva, a partire dalla **Legge 328/2000**, un tema fondamentale della normativa nazionale ed oggetto specifico delle strategie di Politica della Salute e di sviluppo del Sistema sanitario e sociale. La Regione Molise, in applicazione del Titolo V della Costituzione, con la Legge regio-

nale n.13/2014 ha inteso dedicare una significativa attenzione al tema dell'integrazione sociosanitaria, assorbendo i principi, gli strumenti ed il modello del *welfare* disegnato dalla L. 328/2000.

Fondamentale in questo processo è stato l'apporto dell'Ordine degli Psicologi del Molise sotto la presidenza di Nicola Malorni che ha contribuito all'individuazione, in collaborazione con gli altri soggetti coinvolti, dei nuovi bisogni derivanti dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali, sulla base dei quali sono stato affrontati, prima attraverso la Legge di riordino, poi attraverso il nuovo documento di programmazione triennale (Piano Sociale Regionale 2016-18), gli interventi assistenziali più adeguati.

Nel Piano Sociale Regionale, l'Ordine del Molise ha chiesto che fossero garantite le condizioni di effettiva esigibilità dei diritti dei cittadini di ricevere adeguata assistenza psicologica in ambito sociale, sulla base dei **livelli essenziali delle prestazioni (LEP)** ivi stabiliti, puntando al contempo ad ottenere, attraverso l'individuazione di specifici **obiettivi di Servizio dei sette Ambiti territoriali sociali della Regione Molise**, l'equità e la sostenibilità finanziaria (aspetto spesso trascurato ovunque nel Paese che, di fatto, ostacola o impedisce la piena realizzazione degli interventi previsti nei documenti di programmazione).

In questo nuovo assetto, sono stati previsti quindi gli **interventi psicologici tra gli Obiettivi di Servizio (OdS) obbligatori per gli Ambiti Territoriali Sociali** della Regione Molise in Servizi rivolti all'anziano, al cittadino "fragile", ai minorenni, alle famiglie a rischio, alle persone con disabilità, agli immigrati, all'utenza di strutture residenziali e semiresidenziali. È questa l'importante novità introdotta dalla Legge regionale di riordino molisana del 2014 e dal Piano Sociale Regionale 2016-2018, ossia che, in conformità all'articolo 119, comma 5, della Costituzione, che afferma l'autonomia finanziaria e tributaria delle Regioni e degli Enti locali, attraverso il dispositivo degli OdS obbligatori (**indicatori per la verifica di efficacia e di efficienza degli interventi e il relativo sistema di valutazione verifica-monitoraggio per gli Ambiti sociali**), la Regione Molise disciplina la programmazione dei Servizi sociali territoriali, garantendo nella determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni concernenti i

diritti civili e sociali dei cittadini sul territorio **l'accessibilità universale ad interventi e Servizi psicologici in ambito sociale.**

In particolare, la famiglia ha assunto un ruolo centrale e ha rappresentato uno tra i più importanti presidi di protezione individuale e collettiva attraverso l'istituzione e sistematizzazione in tutti gli Ambiti territoriali sociali di un Servizio specifico comprendente le competenze psicologiche denominato **“Equipe multidisciplinare di presa in carico e prevenzione minori (e percorsi alternativi alla comunità - affidò)”**, che è appunto previsto tra gli **Obiettivi di Servizio (OdS) obbligatori** per tutti gli Ambiti Territoriali Sociali.

Essa è volta a:

1. la **prevenzione dell'istituzionalizzazione del minore** a rischio o vittima di violenza e, nei casi in cui sia già intervenuto un collocamento in struttura, la promozione del reinserimento in famiglia attraverso specifici interventi di *empowerment* sulla famiglia;
2. la **promozione dell'affido familiare** di minorenni a rischio ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale 16 novembre 2009 n. 1092;
3. la **promozione del benessere nei sistemi di convivenza** quali famiglia, scuola e comunità mediante **prestazioni e interventi psicologici di pertinenza dei Servizi sociali territoriali**, rivolti al singolo minore, alla coppia, alla famiglia, in ambito residenziale e semiresidenziale, e nello specifico a favore di minorenni in situazioni di disagio e/o di fragilità sociale, con disabilità, donne e minori oggetto di violenza (psicologica, fisica, sessuale, assistita ecc.);
4. la **prevenzione e contrasto delle violenze sui minorenni** in accordo con le Autorità Giudiziarie (Procure Ordinarie, Procura presso il Tribunale per i Minorenni, Tribunale per i Minorenni), con le Forze dell'Ordine, con l'Ufficio Scolastico Regionale e l'Ufficio dei Servizi Sociali per i Minorenni (USSM), nonché con i Servizi sanitari territoriali;
5. la **promozione di un armonico sviluppo psicologico del minore** in relazione ai contesti familiari, associativi, comunitari e del tempo libero attraverso interventi multidisciplinari integrati dei professionisti di area sociale e sanitaria;

6. la **supervisione, il lavoro di équipe e la formazione continua** per una gestione ottimale di casi complessi e la **prevenzione del “burn out”** tra tutte le professioni di aiuto in ambito sociale.

È possibile verificare dall'elenco che precede come sul piano sia normativo regionale che programmatico e finanziario territoriale, i recenti Piani sociali regionali e di zona in Molise contemplino le diverse articolazioni delle competenze psicologiche nell'ambito dell'assistenza sociale garantendo l'accessibilità dei cittadini alla vasta offerta di interventi tipici della professione psicologica, che non trovano (paradossalmente) sul piano legislativo nazionale ancora una piena definizione.

5. L'IMPATTO IN AMBITO SOCIALE DELLA PSICOLOGIA SULLO STATO DI SALUTE DEI CITTADINI E SULLA SPESA PUBBLICA – DATI DI RICERCA DI UN'ESPERIENZA PILOTA.

È noto che la maggiore incidenza sulla spesa sociale dei Comuni è rappresentata da interventi destinati a minorenni e famiglie (quasi 40% nel 2016; dati Istat).

Di questi, ben il 30% (837.865.707 €; Quarta relazione sullo stato attuale della legge 149/2001, 2017) sono destinati alla Tutela minori.

Il Gruppo di Lavoro scrivente ha considerato pertanto l'**area delle Responsabilità familiari** (nuclei familiari multiproblematici, infanzia a rischio, violenze nell'infanzia e nell'adolescenza, abbandono di persone minorenni, allontanamento di minorenni a rischio dai nuclei familiari di origine ecc.) come una delle dimensioni massimamente esplicative dell'incidenza degli interventi psicologici in termini di risparmio sulla spesa pubblica degli **Enti Locali** e **delle Aziende Sanitarie**, rappresentando tali azioni di sistema l'ambito di maggiore investimento degli Enti nel Sociale.

L'analisi qualitativa dei dati inerenti la presenza della Psicologia nei servizi sociali del territorio nazionale è centrata sui seguenti elementi:

- target degli interventi/destinatari
- metodologie
- composizione del *team* di lavoro/ruoli e funzioni della/o psicologa/o
- obiettivi
- utilità sociale degli interventi psicologici
- prospettive di sviluppo e replicabilità degli interventi

Attraverso la collaborazione con ANCI, alla luce del siglato Protocollo di intesa con CNOP del 1 ottobre 2018, detto gruppo di lavoro, unitamente alla Task force che condivide il presente documento, ritiene realizzabile una ricerca volta alla **quantificazione dell'impatto economico degli interventi psicologici** considerando le risorse impiegate dagli Enti pub-

blici per attività psicologiche e nello specifico analizzando:

- numero di psicologi impiegati
- risorse impiegate per psicologi (in €)
- numero di ore totali di prestazioni psicologiche nel periodo di attuazione dell'intervento.

L'impatto sulla spesa pubblica in termini di risparmio può infatti contemplare la valutazione delle diverse voci di costo suddividendole in due macrocategorie:

Costi diretti: spese direttamente implicate dalla problematica di rilevanza sociale quali spese di emergenza (ad es. quando è necessario ricorrere a cure ospedaliere a seguito di un danno fisico, ricovero presso strutture protette), spese per la tutela di persone minorenni (ad es. le spese di giustizia per l'azione di tutela del Tribunale dei minorenni, ascolti protetti), ecc.

Costi indiretti: spese che sono una conseguenza meno immediata delle problematiche di rilevanza sociale, e che tipicamente sopraggiungono nel lungo periodo. Diversi studi dimostrano, infatti, che persone interessate da disagio sociale incorrono in maggiori spese per la cura della salute o implicano maggiori costi a carico dello Stato per l'assistenza sociale di base (sussidi, interventi in emergenza, disagio abitativo, disadattamento lavorativo, costi di giustizia per devianza giovanile o adulta, ecc.).

Non detto, in ogni caso, che i costi indiretti si manifestino solo dopo un lungo periodo. Rientrano in questa categoria, ad esempio, anche i costi di insegnamento di sostegno del minore maltrattato, che incidono prima del compimento della maggiore età.

A titolo esemplificativo il Gruppo di Lavoro scrivente riporta i dati di ricerca che l'ordine degli Psicologi del Molise ha diffuso (sotto la presidenza di Nicola Malorni⁷), inerenti all'impatto economico del **progetto Pilota entro Clinico Polivalente V.A.T.M.A.** sulla spesa pubblica della Regione Molise, un centro creato grazie all'apporto fondamentale di psico-

⁷ I dati della ricerca sono stati diffusi e concessi per la redazione del presente documento dall'Ordine regionale del Molise.

loghe/gi impiegate/i nella progettazione sociale e finalizzato alla valutazione, ascolto e trattamento di minorenni vittime di Abusi.

Il progetto ha coperto un arco temporale di 24 mensilità di attivazione del Centro VATMA (30 ottobre 2012 -31 ottobre 2014), nato grazie ad un finanziamento del Dipartimento per le Pari Opportunità presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, unico della regione e ubicato a Termoli, sulla costa adriatica.

Il Servizio ha coperto un bacino di utenza di circa 70.000 abitanti accogliendo minorenni e famiglie interessate da problematiche di abuso e maltrattamento.

Le attività sono state attuate attraverso il coinvolgimento di Autorità giudiziarie, Forze dell'ordine, Servizi sociali e sanitari, scuole, Ambiti territoriali sociali. Il team di lavoro era composto da 3 psicologhe e 1 psicologo, 1 assistente sociale, 1 consulente legale, 1 supervisore clinico, 1 consulente neuropsichiatra infantile. In considerazione dei risultati ottenuti sotto il profilo clinico-trattamentale, l'approccio integrato e multidisciplinare del Centro ha offerto evidenze che permettono di ipotizzare nel lungo periodo cambiamenti importanti per la salute delle piccole vittime, andando a contrastare le sequele psicopatologiche e le diverse forme di disagi associate agli abusi subiti durante l'infanzia.

Di seguito vengono descritte le singole voci di costo analizzate nello studio dell'ordine regionale e confrontate con i costi medi per interventi di diagnosi e cura riportati nella ricerca condotta da Terre des Hommes -Cismai -Università Bocconi (2013) su vittime di abusi in Italia.

Impatto sui costi diretti

- Ospedalizzazione

Per i costi di ospedalizzazione, è stata considerata la spesa media giornaliera sostenuta in Italia per un **ricovero ospedaliero** nel 2010, pari ad € 712,00, che moltiplicato per il numero medio di giorni di degenza per minorenni ricoverati, pari a € 4,65, ha determinato il valore di € 3.311 [€ 12,00*4,65]. E' stato possibile in questo modo giungere **alla stima della spesa totale di ospedalizzazione** dovuta all'abuso di cui l'azienda Sanita-

ria molisana si sarebbe dovuto far carico in assenza del Servizio di diagnosi del Centro VATMA.

Tabella 1 – COSTI DIRETTI

Voce di costo: Ospedalizzazione

Numero minori	54
Costo Medio Intervento per presa in carico ospedaliera	€ 3.311,00
Totale costo diretto	€ 178.794,00

- *Cura della salute mentale*

Per interventi psicoterapeutici e di sostegno psicologico offerto si è fatto riferimento alla tariffa media per la psicoterapia o il sostegno psicologico applicata in Molise da professionisti privati, pari nel periodo esaminato a 40 € per ora di prestazione.

Considerando che il percorso di psicoterapia ha previsto mediamente una seduta settimanale per ciascun utente e che al numero dei minori trattati va sommato anche quello degli adulti di riferimento protettivi o potenzialmente protettivi, seguiti nel progetto mediante percorsi paralleli o congiunti per un numero complessivo di assistiti pari ad € 63, è stato stimato un **costo medio annuo per la psicoterapia** presso il VATMA per singolo utente trattato pari ad € 1.760,00 [40,00 €*4 incontri mensili*11 mesi].

Si è così giunti alla stima del costo della psicoterapia erogata a favore degli utenti del Centro per 2 annualità pari a € 220.000,00.

Tabella 2 – COSTI DIRETTI

Voce di costo: Psicoterapia - cura della salute mentale

Utenti in trattamento	63
Costo Medio Annuo	€ 1.760,00
Totale costo diretto	€ 220.000,00

- *Strutture/prestazioni residenziali*

Da uno studio analitico delle cartelle psico-sociali degli utenti del Centro è emerso che 19 minorenni su 54 seguiti erano a **rischio di allontanamento** al momento della presa in carico per forme di grave trascuratezza e maltrattamenti psicologici e fisici da parte delle figure genitoriali.

Inoltre, una minorenni vittima presunta di incesto, dopo un anno di permanenza in struttura protetta è stata riaffidata a parenti entro il 4° grado di parentela, grazie al supporto alle funzioni educative che l'èquipe del VATMA ha attivato a favore di membri della famiglia allargata; questi ultimi hanno riaccolto la minorenni autorizzati dal Tribunale per i Minorenni. Considerando che il costo medio annuale pro-capite della permanenza in strutture residenziali in Molise è pari ad € 31.025,00 [€ 85,00 die*365], è stata ottenuta una stima finale della spesa non sostenuta dagli Enti Locali grazie all'attivazione del Servizio VATMA come nella tabella che segue:

Tabella 3 - COSTI DIRETTI

Voce di costo: Welfare – strutture residenziali	
Numero minorenni a rischio istituzionalizzazione	191
Numero minorenni rientrati in famiglia (dopo 1 anno)	1
Spesa media pro-capite per strutture residenziali annua (A)	€ 31.025,00
Totale costo diretto per minorenni a rischio istituzionalizzazione (B)	€ 1.178.950,00
Totali costi diretti n. 20 utenti (A+B)	€ 1.209.975,00

Considerando che il Dipartimento per le Pari Opportunità ha contribuito alla realizzazione del Progetto Pilota con un co-finanziamento pari ad € 120.000,00, il Privato Sociale con € 10.000,00 e la Regione Molise con € 30.000,00, sono state infine stimate le due seguenti voci di costo complessive. La prima si riferisce alla somma delle voci di costo sopra considerate, la seconda all'**impatto reale del VATMA sulla spesa pubblica**, considerata la quota di cofinanziamento pubblico che Regione Molise ha assicurato ai fini della realizzazione del Progetto [Totali costi diretti – cofinanziamento Regione Molise].

Tabella 4 – COSTI DIRETTI

Voci di costo complessive	
Impatto in termini di risparmio totale sulla spesa pubblica	€ 1.577.744,00
Impatto in termini di risparmio sulla spesa pubblica regionale	€ 1.447.744,00

Si riportano di seguito i dati salienti dello studio relativi all'impatto sui **Costi Diretti dell'Abuso sull'utenza trattata dal VATMA in Molise**.

**Tabella 5 - IMPATTO ECONOMICO DEL PROGETTO PILOTA
"CENTRO CLINICO POLIVALENTE VATMA"**

IMPATTO ECONOMICO SUI COSTI DIRETTI DELL'ABUSO

Ospedalizzazione	€ 178.794,00
Psicoterapia – cura della salute mentale	€ 220.000,00
Welfare – strutture residenziali	€ 1.209.975,00
Impatto in termini di risparmio totale sulla spesa pubblica	€ 1.577.744,00
Impatto in termini di risparmio sulla spesa pubblica regionale	€ 1.447.744,00

Impatto sui Costi Indiretti

L'analisi d'impatto degli interventi psicologici sui **costi indiretti** (a medio-lungo termine) sull'utenza del VATMA è centrata sullo **studio dei flussi di spesa attraverso il cosiddetto V.A.N. (Valore Attuale Netto, in inglese NPV – Net Present Value)**. Il VAN definisce, attraverso un complesso algoritmo, il valore attuale di una serie attesa di flussi di cassa che sono contabilizzati non soltanto attraverso una semplice somma algebrica, ma attualizzandoli sulla base del **tasso di sconto reale** (cioè il **tasso di sconto nominale corretto per l'inflazione attesa**). Secondo Gold et al. (1996) nell'ambito della Sanità il rendimento annuale, che tiene conto dei miglioramenti di efficienza nelle spese per gli interventi sulla salute, è pari al 3%; Miller, Robinson e Lawrence (2006) stimano invece un tasso medio del 7%. Per maggiore prudenza, lo studio molisano ha scelto quest'ultimo valore. Secondo la Banca d'Italia l'inflazione attesa è del 1,2%. Il tasso di sconto reale risulta pertanto pari al 5,8% [rendimento annuale – inflazione attesa, ossia 7-1,2]. La formula per calcolare il VAN è stata perciò:

$$VAN = \sum_{t=1}^K \frac{C_t}{(1+i)^t} = 1, \dots, 42 = 0,058$$

Dove C rappresenta la spesa al tempo t , i è il tasso di sconto reale pari al 5,8% e k è il numero di anni sui quali si proiettano i costi, che può arrivare a un massimo di 42 nel caso si reputi che i costi incidano nel lungo periodo [60-18 anni].

Non è specificato il segno “meno” davanti ai flussi di costo, tenendo sempre presente che si tratta, in ogni caso, di flussi negativi.

È stato quindi applicato l'algoritmo VAN ai seguenti costi indiretti degli abusi in Molise:

- *Cura della salute da adulti*

Al fine di stimare i **costi di salute (fisica e mentale) sostenuti nella vita adulta e dovuti all'abuso subito durante l'infanzia**, lo studio di Terre des Hommes/Cismai/Bocconi ha considerato i valori di Wang e Holton (2007) che riportano un costo pro-capite di 117 dollari all'anno.

In assenza di indagini simili nel nostro Paese, lo studio italiano utilizza la cifra statunitense che, corretta al 2010 e convertita in euro, risulterebbe pari ad €85,00.

Questa voce di costo si manifesta nel lungo periodo e non riguarda la totalità dei minorenni trattati dal Centro VATMA nelle due annualità, bensì la percentuale stimata di minorenni trattati dal Centro Clinico che una volta adulti svilupperebbero problematiche legate alla salute, sia fisica sia mentale.

Per la stima della percentuale di minorenni vittime che svilupperebbero problemi di salute una volta adulti, Terre des Hommes/Cismai/Bocconi ha fatto ricorso allo studio di Hammerle (1992) che riporta un valore del 30%.

Normalizzando tali dati alla casistica del Centro VATMA è stata stimata la spesa per la salute da adulti dovuta all'abuso.

Il 30% degli utenti subisce problemi di salute cronici che si protraggono verosimilmente nella vita adulta (Hammerle, 1992).

Considerando il costo pro-capite annuo per la cura della salute, pari a € 85,00, il flusso di spesa legato all'incidenza dell'Abuso nei minorenni trattati dal VATMA è pari ad € 1.377,00 [54 minori*0,30*85,00€].

Proiettando i costi lungo tutta la vita adulta fino all'età pensionabile (18-60 anni), si arriva alla seguente stima del valore attualizzato di spesa.

Tabella 6 - COSTI INDIRETTI VAN		
Voce di costo: cura della salute per cronicità in età adulta		
Stima minori con problemi di salute cronica in età adulta	16 (30% di 54)	t=42
Spesa annua procapite	€ 85,00	
Costo totale annuo € 85	€ 1.377,00	
VAN	€ 21.518,00	

- *Delinquenza giovanile*

La probabilità differenziale di delinquere per un minorenne che ha subito abusi rispetto ad un minorenne senza questo trascorso è del 10,2% (Widom e Maxfield, 2001).

Secondo i dati del Ministero della Giustizia, Dipartimento Giustizia Minorile, i minorenni detenuti hanno in media 16 anni: è stato quindi utilizzato questo dato come **proxy dell'età media di arresto**. Come nello studio nazionale citato, si è ipotizzato che gli **anni di detenzione per i minori autori di reato** siano la metà di quelli del carcere da adulti, vale a dire 3,5 anni. Considerando la **spesa del carcere per adulti** pari ad € 42.588 (dato ufficiale conosciuto), il flusso di costo annuo per i minorenni seguiti dal VATMA che potrebbero incorrere in problemi con la Legge una volta adulti è stato stimato in € 234.575,00 annuo [$54 \cdot 0,102 \cdot 42.588,00 \text{€}$] che attualizzato con il VAN per il periodo considerato di 3,5 anni sale al valore di seguito indicato in tabella:

Tabella 7 - COSTI INDIRETTI VAN		
Voce di costo: delinquenza giovanile		
Stima minori con problemi di giustizia in età giovanile	6 (10,20% di 54)	t=3,5
Spesa media annua per detenuto	€ 42.588,00	
Costo totale annuo	€ 234.575,00	
VAN	€ 857.403,00	

- *Criminalità adulta*

All'interno di questa voce si considerano le **spese di incarcerazione per detenuti adulti**, con riferimento allo studio di Widom e Maxfield (2001), secondo il quale le persone maltrattate durante l'infanzia presenterebbero la probabilità addizionale del 9,1% di essere arrestati per delinquenza in età adulta, e considerando che dai dati del Ministero della Giustizia è possibile risalire alla durata media della pena carceraria che in Italia è pari a 7 anni, la spesa annuale del carcere per detenuto, moltiplicata per la stima degli utenti che potrebbero subire l'arresto da adulti, genera un flusso annuo di 209.277,00 € [$54 * 0,091 * 42.588,00€$] che attualizzato con il VAN corrisponde nel periodo indicato (7 anni) alla ingente somma di € 1.176.617,00.

Tabella 8 - COSTI INDIRETTI VAN

Voce di costo: criminalità adulta

Stima minori con problemi di giustizia in età adulta	5 (9,1% di 54)	t=7
Spesa media annua per detenuto	€ 42.588,00	
Costo totale annuo	€ 209.277,00	
VAN	€ 1.176.617,00	

- *Perdite di produttività per la società*

Wang e Holton (2007) ipotizzano che solo i minorenni che hanno subito forti maltrattamenti (il 36,4% secondo le loro stime) subiscono una **perdita di reddito nel corso della vita adulta**, e stimano che tale perdita sia pari, annualmente, al **5% del reddito medio della popolazione**.

Secondo le stime italiane (studio nazionale citato), si arriverebbe pertanto, in Italia, a una cifra in negativo di circa **1.428,00 € per vittima**.

Considerando i casi trattati dal VATMA, si dovrebbe generare annualmente, nell'arco di tutta la vita produttiva delle vittime (42 anni), un flusso di uscite pari a 28.069,00 € [$54 * 0,364 * 1.428,00€$].

Per attualizzare questa cifra è stato necessario in questo caso considerare un ulteriore fattore di sconto, ovvero l'aumento della produttività del lavoro.

Seguendo Grosse (2003) il **tasso di crescita della produttività del**

lavoro è pari all'1% annuo, pertanto il tasso di sconto reale da applicare nel computo del VAN è del 6,8%.

Tabella 9 - COSTI INDIRETTI VAN

Voce di costo: perdita di produttività per la società

Stima minori con perdita di produttività in età lavorativa	20 (36,40% di 54) t=42
Perdita media di reddito annua stimata per vittima	€ 1.428,00
Perdita di reddito annuo stimato per utenti VATMA	€ 28.069,00
VAN	€ 386.731,00

In sintesi, il VATMA, attraverso le azioni diagnostiche, terapeutiche e di prevenzione svolte prevalentemente da psicologhe e psicologi ha mostrato di poter impattare, in considerazione dei risultati trattamentali registrati, anche le voci di costo indiretto dovute alle conseguenze nel lungo periodo degli abusi all'infanzia e all'adolescenza.

Si riporta di seguito la sintesi dei dati appena descritti che evidenzia **l'entità dell'impatto economico della Psicologia sulla spesa degli enti pubblici.**

Tabella 10 - IMPATTO ECONOMICO DEL PROGETTO PILOTA "CENTRO CLINICO POLIVALENTE VATMA"

IMPATTO ECONOMICO SUI COSTI INDIRETTI DELL'ABUSO

Cura della salute per cronicità in età adulta	€ 21.518,00
Delinquenza giovanile	€ 857.403,00
Criminalità adulta	€ 1.176.617,00
Perdita di produttività per la società	€ 386.731,00
Totale Impatto costi indiretti	€ 2.442.269,00

6. LA PSICOLOGIA NELLA DOTAZIONE ORGANICA COMUNALE

Come le due precedenti esperienze relative alla riorganizzazione dei rispettivi servizi sociali della Campania e del Molise, che hanno inserito e valorizzato la presenza delle competenze psicologiche in tali ambiti (con particolare riferimento all'area dei servizi e interventi previsti nei Piani Sociali Regionali e di Zona), anche il Comune di Bitonto, tra i Comuni appartenenti alla Città Metropolitana di Bari, ha inserito la figura della/o psicologa/o sia nel Regolamento per l'accesso al sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali, sia nella dotazione organica comunale.

Numerosi sono in Italia i Comuni che hanno previsto da decenni la presenza di psicologhe e psicologi nelle piante organiche, tuttavia, risulta che per la maggior parte l'impiego delle competenze psicologiche riguarda i settori del Sistema integrato dei servizi regolamentati dalla L.328/2000 e dai Piani sociali regionali, e quindi il variegato mondo del Terzo Settore.

L'esperienza del Comune di Bitonto è quindi utile perché rivela un settore poco esplorato e sicuramente trascurato dalle politiche di promozione della professione in Italia.

Proprio a causa di ciò, si è potuto registrare nelle ultime decadi una proliferazione della presenza di psicologhe e psicologi nel "sociale", e soprattutto nel Terzo Settore, in risposta all'emersione di una domanda sempre più diffusa sul territorio di assistenza psicologica, che di fatto risulta però non adeguatamente attenzionata né dagli Enti locali né soprattutto dagli Ordini regionali e Nazionale, sia sotto il profilo programmatico e metodologico, sia sotto quello contrattuale.

Di seguito sono riportati:

- a) alcuni articoli, relativi al Capo III del Regolamento comunale, che riguardano gli interventi e le prestazioni dei servizi sociali comprendenti anche quelle riguardanti il servizio psicologico;
- b) il profilo psicologico inquadrato nella dotazione organica dei Servizi sociali del Comune di Bitonto con competenze, ambiti di interventi e inquadramento giuridico ed economico;
- c) le prestazioni psicologiche chiaramente identificate dal Comune.

- a) il CAPO III del Regolamento del Comune di Bitonto individua e definisce “GLI INTERVENTI E LE PRESTAZIONI DEI SERVIZI SOCIALI” come “rivolti ai singoli, al nucleo familiare e a gruppi di cittadini, anche tramite prestazioni di consulenza e sostegno, attraverso servizi integrativi per il mantenimento della persona nel proprio nucleo familiare nonché mediante servizi sostitutivi. Gli interventi devono garantire il rispetto delle esigenze delle persone e devono prevedere l'attivazione di servizi di rete e l'utilizzo di tutte le risorse presenti nel territorio.

Gli interventi consistono in⁸:

- 1) interventi di promozione sociale;**
- 2) interventi psicologici;**
- 3) interventi di sostegno economico;**
- 4) prestazioni alimentari (buoni spesa e buoni pasto);
- 5) partecipazione alle spese farmaceutiche e rimborso spese per prestazioni mediche specialistiche;
- 6) interventi domiciliari e di supporto;**
- 7) prestazioni di assistenza socio-educativa;**
- 8) interventi finalizzati alla inclusione sociale;**
- 9) interventi per l'emergenza abitativa;
- 10) esenzione totale dal pagamento del servizio mensa - trasporto scolastica;
- 11) interventi semi-residenziali;**
- 12) interventi residenziali;**
- 13) interventi di sostegno al lavoro (tirocini formativi)”.**

È utile precisare che, in riferimento agli “Interventi di promozione sociale” previsti, i servizi di accoglienza e consulenza sono gratuiti e garantiscono l'accoglienza, l'orientamento e l'informazione in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi e alla conoscenza delle risorse sociali del territorio, la promozione di strumenti di inclusione per i cittadini più fragili, il concorso alla rimozione delle difficoltà burocratiche e organizzative e alla rimozione delle disuguaglianze di accesso.

⁸ Si evidenziano in grassetto gli interventi di pertinenza psicologica.

La **macrostruttura del Servizio Politiche Sociali** si avvale pertanto, ai fini del raggiungimento degli obiettivi regolamentati:

1. del **Servizio sociale professionale** che garantisce l'attivazione di percorsi virtuosi finalizzati:
 - a) alla promozione della cittadinanza attiva e della comunità competente;
 - b) alla promozione dell'integrazione sociale e sociosanitaria;
 - c) alla riduzione della situazione di rischio e/o di emarginazione sociale;
 - d) alla attivazione della rete dei servizi attraverso la collaborazione con i servizi sociosanitari e del terzo settore e le istituzioni formative ed occupazionali;
 - e) ad una più rapida lettura dei bisogni della comunità ed alla loro prevenzione;
2. del **Servizio psicologico** che garantisce l'attivazione di interventi professionali specialistici nelle aree:
 - a) famiglia
 - b) minorenni,
 - c) adulti - anziani;
 - d) integrazione etnica extracomunitaria;
 - e) affido - adozioni;
 - f) progettualità e ricerca;
 - g) disabilità integrazione sociale e sociosanitaria.

La già menzionata macrostruttura, attraverso il Servizio sociale professionale e il Servizio psicologico, provvede con modalità interattive alla realizzazione degli interventi descritti nel Regolamento.

Gli interventi di sostegno economico sono finalizzati al soddisfacimento dei bisogni fondamentali del cittadino al fine di promuoverne l'autonomia e superare gli stati di difficoltà: anche in questo caso, la presenza stabile di una/o psicologa/o all'interno della struttura comunale, permette di facilitare i processi di *empowerment* del cittadino con fragilità economiche promovendo l'autonomia dell'individuo e superando al contempo logiche assistenzialistiche dannose sia per i cittadini, che verrebbero resi sempre più dipendenti dall'intervento del "Pubblico", sia per le casse degli Enti

locali, costretti, in assenza di risorse professionali capaci di promuovere resilienza nei cittadini, ad elargire sussidi economici con modalità passivizzanti e alienanti. Dalla descrizione e analisi dei contenuti appena riportati emergono due elementi positivi sostanziali che confermano l'opportunità e l'efficacia della presenza delle competenze psicologiche negli Enti locali, soprattutto in un'ottica organizzativa di équipe multidisciplinare, peraltro previste dalla Legge quadro 328/2000 e dalle rispettive leggi regionali e regolamenti applicativi dei servizi.

Il primo aspetto riguarda **la presenza in dotazione organica degli Enti Locali della/o Psicologa/o, previsto nelle declaratorie dei Contratti Collettivi Nazionali degli Enti Locali e delle Regioni alla categoria D3 giuridico.**

Ciò comporta una notevole economia nei costi e nella retribuzione per i Comuni, anche rispetto agli Psicologi - Psicoterapeuti di pari livello e funzione nell'ambito sociosanitario ed ospedaliero (Dirigente Psicologo) e dei relativi Contratti Nazionali della Sanità Pubblica. Infatti, la mensilità tabellare della/lo psicologa/o negli Enti locali è equivalente ed equipolente al Funzionario amministrativo pari ad €. 1.900,00 - 2.100,00, rispetto ad €. 3.000,00 dello stipendio mensile degli psicologi-psicoterapeuti del comparto Sanità.

Il secondo elemento da considerare è pertanto quello che il supporto specialistico della/o psicologa/o comunale, dotata/o tra l'altro di conoscenze e competenze psicosociali trasversali, come già descritto in precedenza nel presente documento, può giovare al cittadino bisognoso, al paziente, al cittadino in generale, alla comunità tutta e alle istituzioni in rete interessate, con notevole impatto economico sulla spesa pubblica a più livelli.

In una auspicabile e nuova prospettiva di promozione professionale in tali ambiti, in riferimento soprattutto alle aree di integrazione socio-sanitaria, si rivela decisiva la rivisitazione strutturale, organizzativa e di funzionamento ad esempio della PUA (Porta Unica di Accesso) socio-sanitario e del Front-office che prevedono l'analisi della domanda e l'accettazione delle richieste dell'utente, rispetto alle quali le competenze psicologiche risultano certamente fondamentali per un'azione di filtro e adeguato riconoscimento del bisogno reale sottostante la domanda esplicita di aiuto.



L'approccio specialistico alla domanda di aiuto dell'utenza in ambito socio-sanitario potrebbe prevedere, con notevole apporto di risorse e competenze professionali, anche la presenza della/o psicologa/o comunale in un successivo intervento di Back-office, in collaborazione con l'assistente sociale professionale, assumendo pertanto, una funzione di filtro alle richieste di aiuto, con conseguenti azioni concertate tra il comparto sanitario e sociale e orientate alla prevenzione psicosociale primaria, secondaria e terziaria.

7. GLI INTERVENTI PSICOLOGICI TRA LIV.E.A.S E L.E.A.: STATO DELL'ARTE DEI SERVIZI INTEGRATI E SFIDE FUTURE

I livelli essenziali concernenti le prestazioni sociali (Liv.E.A.S.) sono stati introdotti nell'ambito dell'assistenza sociale con la L.328/2000 che ha determinato gli interventi di Assistenza Sociale.

Tutti i livelli essenziali prevedono atti tipici della professione psicologica, pur non risultando la Psicologia e la professione psicologica mai chiaramente citata nel testo della Legge che li individua.

Recita infatti l'**Art. 20, comma 2** della Legge:

"[...] gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e Servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

- a) *misure di **contrasto della povertà e di sostegno al reddito** e Servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora*
- b) *misure economiche per **favorire la vita autonoma** e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana*
- c) *interventi di **sostegno per i minori** in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la **promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza***
- d) *misure per il **sostegno delle responsabilità familiari**, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di **cura familiare***
- e) *misure di **sostegno alle donne in difficoltà** per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla*

legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative

- f) interventi per la piena **integrazione delle persone disabili** ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei Servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;*
- g) **interventi per le persone anziane e disabili** per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;*
- h) **prestazioni integrate di tipo socio-educativo** per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;*
- i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei Servizi e per **promuovere iniziative di auto-aiuto.**"*

L'attenzione della categoria professionale verso il settore sociale, ove la Psicologia trova quotidianamente una proficua applicazione senza che questa sia mai stata adeguatamente chiarita e attenzionata sotto il profilo della promozione politica, solo recentemente ha trovato spazio nelle attività di studio promosse ad esempio dal Consiglio Nazionale dell'Ordine, probabilmente anche grazie alle esperienze, descritte anche in questo documento, di alcune realtà territoriali (Ordini regionali di Campania, Molise, Puglia). Il profilo della/o Psicologa/o negli Enti Locali è stato infatti descritto recentemente anche nel Quaderno CNOP "Ambiti emergenti in Psicologia" a cura del Gruppo di Lavoro "Ambiti emergenti", e nello specifico al capitolo n. 4 "Lo psicologo degli enti locali e del territorio" in cui sono indicati gli ambiti di intervento finalizzati alla promozione del benessere della cittadinanza e alla prevenzione del disagio.

La futura sfida di politica professionale a favore dell'integrazione socio-sanitaria sarà quella di **rendere espliciti e chiaramente individuabili gli atti tipici della professione psicologica che concorrono alla promozione dei Liv.E.A.S.**, anche al fine di renderli uniformi sul territorio nazionale, definendone i percorsi assistenziali integrati sostenibili, con l'individuazione di specifici percorsi di attuazione dei principi contenuti nella Legge, ancora troppo frammentati dalla disomogenea ed imprevedibile assegnazione di risorse e programmazione degli Enti Locali e delle Regioni. Obiettivo prioritario sarà quello di facilitare una standardizzazione delle prestazioni psicologiche essenziali nelle aree critiche sociali, anche in considerazione del severo e crescente carico di utenza con disagi severi familiari e giovanili e malattie croniche e a carattere degenerativo nei Servizi sociosanitari del Paese.

Gli Enti Locali e i Servizi Sociali, nevralgico avamposto di tutela del cittadino e della sua salute, dovranno offrire interventi psicologici sistematizzati ad integrazione della presa in carico intra- ed interprofessionale.

Percorsi di prevenzione, programmi di *screening* e di progetti di promozione della salute, valutazioni psicologiche, supporto all'integrazione scolastica, ai progetti di educazione alla salute nelle scuole dei minorenni 0/18 anni, di affidamento e adozione, sono solo alcune delle molteplici funzioni delle/gli Psicoghe/i nei Servizi sociali che necessitano di essere implementate e valorizzate nelle reti assistenziali dei Comuni.

L'articolo 3 septies del D.Lgs.502/92 già sviluppava nel dettaglio il concetto di *integrazione socio - sanitaria* fornendo, al primo comma, una definizione delle **prestazioni socio - sanitarie** che ha un valore storico e culturale importante per i diritti alla salute dei cittadini e per la stessa categoria professionale:

“Si definiscono prestazioni socio sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione”.

Il secondo comma dell'articolo, inoltre, individua due tipologie di prestazioni sociosanitarie:

- a. **le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, ovvero le “attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite”;
- b. **le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè tutte le “attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute”.

E' auspicabile, alla luce di quanto sopra esposto, **promuovere anche in ambito sociale il percorso virtuoso già avviato con l'aggiornamento dei L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza) in ambito sanitario.**

Grazie ad un intenso lavoro di promozione politica, ordinistica, sindacale e professionale la c.d. Legge Lorenzin ha aggiornato, infatti, la stessa legge ordinistica degli psicologi italiani n. 56 del 18 febbraio 1989:

“All’articolo 1 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, è premesso il seguente: «Art. 01. – (Categoria professionale degli psicologi) – 1. **La professione di psicologo di cui alla presente legge è ricompresa tra le professioni sanitarie**” (G.U. n.3 dell’11 Novembre 2017” *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*”).

A tutela degli utenti la professione sanitaria delle/gli psicologhe/i potrà così soddisfare pienamente un diritto esigibile alla salute già riconosciuto dall'**articolo n. 32 della Costituzione Italiana:**

“*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*”

I L.E.A. pubblicati con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) del 29 novembre 2001 (un anno dopo la Legge n.328/2000), oltre a prevedere l’introduzione del principio della *uniformità* di offerta sanitaria sul territorio nazionale, di *universalità*, *gestione pubblica diretta* ed *accessibilità ai Servizi*, già stabilivano le attività di assistenza socio-

sanitaria essenziale che il S.S.N. deve garantire attraverso le risorse finanziarie pubbliche (Legge 833/78, Dgls 502/92 e successive disposizioni).

Il 18 marzo 2017, infine, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15) il D.P.C.M. che sostituisce integralmente il primo provvedimento di definizione dei L.E.A. (D.P.C.M. 2001) e rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni, Province autonome e Società scientifiche.

Sono stati aggiornati così i nuovi L.E.A. con l'elenco di prestazioni esigibili dal S.S.N. (AA.SS.LL., Dipartimento Salute Mentale, Distretti Socio Sanitari, Dipartimento per le Dipendenze Patologiche, Terzo settore convenzionato, Ospedali, Altre Strutture Socio-Sanitarie accreditate) mediante Psicologhe-i/Psicoterapeute-i dipendenti:

- Cure palliative domiciliari
- Assistenza sociosanitaria alle donne, ai minorenni, alle coppie e alle famiglie in condizioni di disagio psico-sociale
- Assistenza ai minorenni con disturbi in ambito neuropsichiatrico ed alle persone con disturbi mentali
- Assistenza alle persone con disabilità, dipendenze patologiche
- Assistenza residenziale extra-ospedaliera ad elevato impegno sanitario
- Assistenza negli ambiti della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro.

Le attività psicologiche definite nei nuovi L.E.A. sono codificate nelle seguenti tre Macro Aree:

1. **Prevenzione collettiva e sanità pubblica:** gli ambiti operativi delle/gli Psicologhe/i riportati nel D.P.C.M. comprendono le attività di prevenzione, promozione dei corretti stili di vita, rivolte alle collettività ed ai singoli, tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati. Le progettualità regionali di Educazione alla salute nelle scuole interaziendali delle/gli Psicologhe/i del S.S.N. e Servizi Sociali, regionali e nazionali sono fortemente carenti a vantaggio della psicodiagnostica, cura e riabilitazione dei pazienti in carico. Gli studi di sorveglianza recenti (“Guadagnare salute”, “Safe of Children”, WHO) indicano strategie operative con evidenze di indicatori di esito nella prevenzione dei comportamenti anomali dei minorenni sulle dipen-

denze, abbandoni scolastici, maltrattamenti a scuola e in famiglia. **L'investimento su risorse dedicate e una programmazione psicologica e sociale stabile sul territorio potrà rispondere efficacemente al fabbisogno nazionale di implementazione di azioni di empowerment.** La prevenzione dello stress lavoro-correlato ed il sostegno psicoterapeutico in condizioni di disagio è un'altra area che dovrà ampliare la sua offerta in ambulatori dedicati al trattamento breve dei dipendenti aziendali che ne fanno richiesta.

2. Assistenza distrettuale sociosanitaria: le/gli Psicologhe/i operano in attività domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali, centri diurni, attività sanitarie residenziali pubbliche e nel privato accreditato, e nello specifico:

- assistenza sanitaria di base
- *emergenza sanitaria territoriale*
- *assistenza farmaceutica*
- *assistenza integrativa*
- *assistenza specialistica ambulatoriale*
- *assistenza protesica*
- *assistenza termale*
- *assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale*
- *assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale*

3. Assistenza ospedaliera: le/gli Psicologhe/i garantiscono attività, Servizi e prestazioni in:

- Pronto soccorso
- ricovero ordinario per acuti
- Day surgery
- Day hospital
- riabilitazione e lungodegenza post acuzie
- attività trasfusionali
- attività di trapianto di cellule, organi e tessuti
- Centri antiveneni (C.A.V.).

L'Assistenza Psicologica erogata ormai da trent'anni è maturata tra grandi difficoltà per poter affermare ed introdurre il suo sapere *giovane* nel S.S.N. (negli anni '80 e '90 le prestazioni essenziali di carattere psicologico nel

Nomenclature erano contemplate, ma non codificate, nelle voci “Psichiatria o Neurologia”) e dovrà lottare ancora per rinforzarne l'offerta.

Per garantire l'esigibilità gratuita e/o compartecipata di prestazioni dovute, ad accesso libero o su invio di Committenti, è stato adottato un sistema di valutazione dell'efficacia operativa ed efficienza produttiva della Psicologia Clinica, nei suoi differenti rapporti con Aziende Sanitarie ed incarichi di alta professionalità e dirigenziali di Strutture.

La professione psicologica, già prima della legge c.d. “Lorenzin”, aveva ampiamente dimostrato la sua efficacia e la capacità di generare risparmi o minori oneri sanitari e sociali, tanto da essere ricompresa nei L.E.A. con prestazioni di base. Le Società scientifiche e gli Ordini Professionali, in particolare il CNOP attraverso la Task Force sui L.E.A. che ha redatto il documento “*Ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza*” (approvato dal Consiglio Nazionale il 17 giugno 2017), hanno infatti contribuito a dimostrare l'efficacia degli interventi psicologici, con inferenze sull'impatto economico nell'attuale quadro socio-sanitario.

Inoltre, la/lo Psicologa/ o Dirigente in Sanità già contribuisce alla valutazione dei risultati quali-quantitativi della propria attività nell'arco del proprio debito orario come da C.C.N.L. S.P.T.A. (Contratto collettivo per i Dirigenti dell'Area Sanitaria Professionale Tecnica e Amministrativa del S.S.N.). Lo stesso percorso potrà auspicabilmente essere svolto in ambito sociale, nello specifico settore degli interventi di assistenza sociale, a partire soprattutto dalle aree di integrazione con il comparto sanitario, allo scopo di ridefinire gli atti tipici e gli elementi caratterizzanti la professione di psicologa/o nel Servizio sociale, ovviamente tenuto conto delle caratteristiche dei contesti e della complessità delle variabili che intervengono come già sopra evidenziato.

Il Gruppo di lavoro scrivente ha inteso perciò contribuire all'avvio di questo percorso con la redazione del presente documento, nonché attraverso l'elaborazione di questionari *ad hoc* che verranno di seguito presentati, al fine di disporre di strumenti di ricerca ad hoc auspicabilmente utilizzabili in progetti di ricerca da attuarsi in collaborazione, soprattutto ma non esclusivamente, con ANCI, alla luce del siglato Protocollo di Intesa col CNOP.

8. METODI E STRUMENTI DI RILEVAZIONE: UNA PROPOSTA

Misurare l'impatto sulla spesa pubblica degli interventi psicologici nel territorio è un compito arduo e molto articolato non solo per il numero di variabili da tenere sotto controllo e per l'interazione tra queste, ma per la naturale spinta, proveniente dalle e dagli addette/i, a valorizzare il lavoro psicologico e i suoi sviluppi e a svolgere *assessment* che talvolta possono condurre ad operazioni inferenziali corredate da affermazioni non sempre dimostrate né dimostrabili. Come noto, gli interventi psicologici sono complessi per la variabilità di casi e di situazioni, per le differenze dovute alla personalizzazione, per la presenza di équipes multidisciplinari variamente composte. Se appare semplice, infatti, descrivere l'esito positivo o negativo di un caso specifico limitandosi a verificare il cambiamento tra "un prima e un dopo" non lo sarebbe altrettanto la ricerca delle cause che hanno reso possibile tale risultato, né sarebbe sufficiente a dimostrarne l'impatto nel contesto locale, regionale, nazionale. Le procedure di valutazione degli interventi spesso non si basano sul metodo scientifico e ignorano la necessità di utilizzare campioni di controllo, procedure standard, metodi e strumenti coerenti, validati. Il rischio di valutare gli interventi psicologici attraverso i dati prodotti in modo distorto non potrà che condurre a risultati distorti soprattutto se si pensasse utile confrontare le differenze "prima /dopo" l'intervento o se si pensasse di accostare "beneficiari" a "non beneficiari", introducendo una distorsione da selezione cosicché le differenze possono essere ascritte proprio alle diverse caratteristiche dei due gruppi.

Infatti, il problema della misurazione dell'efficacia e dell'impatto degli interventi psicologici in Italia, se affrontato sul piano metodologico, porta prioritariamente alla luce la mancanza di procedure e strumenti atti alla produzione e rilevazione dei dati, malgrado il nostro sistema di *welfare* manifesti da tempo la necessità di verificare "*what works*" per orientare le politiche e aumentare gli investimenti laddove si raggiunga un successo misurabile, incrementando così il livello di inclusione sociale nel territo-

rio. Ciò non significa che non siano disponibili metodi “*evidence based*” sperimentati in altre realtà europee che possano essere adattati e proposti in Italia, ma nel nostro Paese le metodologie rigorose sono, essenzialmente, messe in secondo piano (per complessità e costi) nella maggioranza dei casi, a favore della interpretazione di “non valutabilità” dell'intervento per l'unicità, l'irripetibilità, la particolarità della relazione tra destinatari degli interventi e psicologi/he e/o altri professionisti e professioniste interessati.

Uno sforzo nella direzione della costruzione di procedure di valutazione dell'efficacia degli interventi e dell'impatto sulla spesa pubblica dovrebbe essere fatto almeno a livello sperimentale, attraverso la **predisposizione di un progetto nazionale, di cui il CNOP potrebbe essere il promotore, che coinvolga larga parte dei Servizi Pubblici in cui interviene la figura del/la professionista Psicologa/o**. Le procedure dovranno essere rigorosamente costruite nell'ambito di una organizzazione multilivello che, partendo dalle operatrici e operatori coinvolti, uniformi e condivida metodi e strumenti standardizzati per la produzione, codifica, analisi e valutazione dei risultati.

Ed è in questa direzione che si colloca il contributo del Gruppo di Lavoro “Impatto della Psicologia del territorio sulla spesa pubblica” che ha realizzato, nel periodo del suo operato, alcuni strumenti, denominati “**Schede di rilevazione dei Servizi e degli Interventi Psicologici nei Servizi Sociali**” atti a definire e descrivere, sulla base dei medesimi indicatori, i differenti Servizi e interventi psicologici presenti nel territorio nazionale (cfr 11 Appendice)..

Le schede di valutazione rappresentano un primo passo per la condivisione di uno **standard di mappatura dei Servizi psicologici nel territorio**. Tale modello di mappatura è stato applicato dal Gruppo di lavoro scrivente a tre tipologie di Servizi (per l'affidamento familiare dei/delle minorenni; per il sostegno alla genitorialità; per il sostegno socio-educativo domiciliare) con l'intento di elaborare un database facile nell'uso e di rendere ripetibile a qualunque altro Servizio il medesimo schema di rilevazione. Gli schemi, di seguito riportati, constano di parti tese a rilevare dati oggettivi (variabili statiche) quali:

- presenza/assenza del Servizio nell'Ambito Territoriale/Distretto Sociale
- numero di programmi di intervento attivati nel periodo di rilevazione
- composizione del Team di professioniste/i con indicazione del numero di psicologhe e psicologi
- ruoli e funzioni delle/dei professioniste/i negli ambiti di attività previste per quel Servizio
- utenza del Servizio, con indicazione del numero di persone prese in carico nel periodo di riferimento
- risorse pubbliche impiegate per psicologhe e psicologi dipendenti e non dell'Ente Locale
- numero di ore totali per prestazioni psicologiche
- rilevazione dei costi diretti della problematica trattata nel periodo di riferimento.

Il disegno di mappatura Servizi Psicologici potrà essere integrato con l'elaborazione di schede di rilevazione delle variabili dinamiche implicate, a partire dalla identificazione di questionari standardizzati, somministrati all'utenza (campioni sperimentali) nella condizione test - retest e a campioni di controllo (secondo il metodo del "doppio cieco"). Tali schede potranno essere ulteriormente incrementate dalla rilevazione degli indicatori di processo e di risultato per i casi trattati. Si rimanda all'Appendice per una consultazione degli strumenti di rivelazione appena descritti.

9. LA PSICOLOGIA IN COMUNE: QUALI AMBITI D'INTERVENTO?

Si riportano di seguito, senza nessuna pretesa di esaustività, ulteriori ambiti di intervento, oltre quelli già esaminati, nei quali immaginiamo possa essere proficuamente indirizzata l'attenzione delle/gli Psicoghe/i italiane/i e degli Enti locali nel prossimo futuro, sulla base di un'analisi preliminare dei dati statistici riferiti al fabbisogno di assistenza psicologica e dei possibili ambiti di applicazione delle competenze psicologiche.

Combattere la solitudine e l'isolamento sociale

Il numero di persone che vive condizioni di isolamento sociale e solitudine è in continuo aumento nel mondo occidentale. Alcuni studi mostrano che la quota di persone sole sia triplicata dagli anni '80 in poi (McPherson et al., 2006). Vivere soli o con scarse connessioni sociali incide sulla speranza di vita quanto il fumo di 15 sigarette al giorno e il doppio di quanto incida l'obesità (Holt-Lunstad et al., 2010). Al netto di altre variabili quali età, sesso, stato socio-economico e condizioni di salute preesistenti, la solitudine aumenta il rischio di morte del 26% (Holt-Lunstad et al., 2015).

Non ci sono solo effetti sulla speranza di vita, le persone sole hanno, ad esempio, una probabilità del 64% maggiore di sviluppare una forma di demenza (Holwerda et al, 2014).

Le prove esistenti ci dicono che non esiste un approccio «one-size-fit-all» per alleviare la solitudine e la percezione di isolamento sociale, e che gli interventi progettati su misura hanno maggiori probabilità di efficacia.

Diversi sono gli interventi che la/o psicologa/o può mettere in atto per promuovere la socialità, le interazioni e il senso di comunità dei cittadini.

Ad esempio, il principio di condivisione della comunità è utilizzato in diversi modi per progettare gli interventi. In un progetto di condivisione della casa, ad esempio, i proprietari di casa sono stati messi in contatto con individui più giovani che avevano bisogno di alloggi a prezzi accessibili. Questo ha ridotto lo stato di isolamento delle persone più anziane.

Promuovere il cambiamento comportamentale: il *nudging*

Il concetto di *nudge*, o spinta gentile, indica il rinforzo positivo e l'uso dei suggerimenti indiretti per influenzare il comportamento e la presa di decisioni di gruppi o individui. L'assunto centrale è che le persone agiscono frequentemente in modo non razionale scegliendo ciò che è più facile e comodo rispetto a ciò che è più corretto.

Diversi studi hanno mostrato l'efficacia di imparare a usare a fin di bene l'irrazionalità umana (es. *bias* cognitivi ed euristiche) per introdurre pratiche di buona cittadinanza e aiutare le persone a scegliere il meglio per sé e chi li circonda (Thaler & Sunstein, 2009).

Richard H. Thaler vince il premio Nobel nel 2017 per aver mostrato l'utilità pratica dell'utilizzo di tecniche di *nudging*.

Era dal 2002, dal Nobel all'israeliano Daniel Kahneman (1991), che gli esperti dell'Accademia di Stoccolma non premiavano questo tipo di studi, di cui Thaler è diventato nel frattempo la voce più autorevole. Molti esperti l'hanno definito l'uomo che ha umanizzato l'economia ponendo tra gli obiettivi delle sue ricerche quello di migliorare la qualità della vita degli esseri umani, fino a concepire la strategia del cosiddetto '*Nudging*', il pungolo, che si basa sull'utilizzo, a fin di bene, dell'irrazionalità umana nei processi decisionali (Pollard N. e Ringstrom A., 2017).

Il governo Cameron, nel 2010, ha istituito un'unità di ricerca, il *Behavioural Insight Team*, il cui scopo è quello di testare e adattare politiche pubbliche per le quali, spesso, viene fatto ricorso al *nudge*, la spinta gentile, il pungolo cognitivo. In seguito, anche la Gran Bretagna ha istituito gli stessi Dipartimenti di ricerca basati sull'Economia comportamentale.

Un esempio noto di applicazione dello strumento è riferibile ai diversi tassi di donazione degli organi nei Paesi europei. In un gruppo (Danimarca, Olanda, Regno Unito e Germania) i tassi sono significativamente più elevati grazie al sistema di scelta "opt-out", in base al quale si applica la regola del *silenzio-assenso*: il cittadino è automaticamente donatore potendo, in vita, esprimere semmai la volontà di uscire dal programma. Nei Paesi con i tassi più bassi, vige invece il sistema "opt-in": l'opzione di partenza in questi casi è la non-donazione e, in vita, il cittadino può decidere altrimenti e aderire al programma di donazioni. Lo strumento - è com-

prensibile - per quanto semplice e a “costo zero” ha un impatto significativo sulla sanità pubblica⁹.

Pensiamo ad alcune possibili applicazioni delle ricerche psicologiche condotte in tale ambito come negli esempi che seguono:

Esempio 1: esporre un cartello che indica come la maggior parte delle persone riutilizza più volte lo stesso materiale porta a un risparmio degli utilizzatori considerevole rispetto al richiamo a questioni ambientali (Goldstein et al., 2008);

Esempio 2: disegnare sul vassoio della mensa scolastica della frutta aumenta la propensione degli studenti di consumare frutta (Reicks et al., 2012).

Il Gioco d'azzardo patologico

L'Italia è lo Stato dove si perde di più dopo Stati Uniti, Cina e Giappone. Il gioco d'azzardo in Italia vale 85 miliardi di euro annuo (5% del PIL) - le perdite pari a 17 miliardi.

L'Italia detiene il 23% del mercato del gioco online mondiale. La spesa pro capite annua per ogni italiano maggiorenne va, a seconda delle stime, da 1.703 a 1.890 euro. Più della metà della spesa italiana per l'azzardo proviene dalle slot machine (non avviene in nessun altro paese).

Le persone che hanno problemi di dipendenza sono tra le 500mila e le 800mila, quelle a rischio sono quasi due milioni.

Le slot machine, in particolare, rappresentano una tassa regressiva: colpisce gli individui più vulnerabili, da un punto di vista sociale (isolamento) ed economico (povertà).

È ormai noto che gli approcci basati sulla razionalità (es. spiegare la statistica) non funzionano.

⁹ A questi ultimi ambiti innovativi di applicazione delle teorie e competenze psicologiche, il CNOP ha dedicato uno specifico evento formativo dal titolo “Una Psicologia da Nobel” cui fa riferimento il link <http://www.psy.it/una-Psicologia-da-nobel.html>, tenutosi il 31 maggio 2018 a Roma e specificamente dedicato agli studi che hanno portato al Nobel Daniel Kahneman e Richard Thaler sui processi decisionali, al fine di approfondirne le implicazioni e le possibili applicazioni professionali in campo economico, del lavoro, delle attività umane ed istituzionale. Nel corso dell'evento, la lettura magistrale di Eldar Shafir, docente nelle Università di Princeton ed Harvard, collaboratore di Kahneman e Tversky e uno dei principali studiosi del campo a livello internazionale e direttore del centro studi Kahneman-Treisman. Egli ha collaborato col presidente USA Obama sulle applicazioni istituzionali di queste tematiche.

La Psicologia offre, invece, percorsi di prevenzione e trattamento sviluppati grazie a decenni di ricerche empiriche sul tema. Mettere in atto strategie di *coping* e possibili interventi per la gestione del problema può essere una soluzione efficace.

La/o psicologa/o è inoltre in grado di mettere in atto strategie di prevenzione e di "orientamento" ai Servizi di intervento (es. SERT). Laddove il volontariato è più presente la spesa per l'azzardo è inferiore in quanto il senso di appartenenza/comunità agisce come un potente fattore protettivo.

Rifugiati e richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale

A fine 2017, l'Italia contava 126.500 richieste di asilo in carico e 167.335 persone con status di rifugiato o protezione internazionale (U.N.H.C.R., 2018). Per via del loro status, i migranti sono tra i gruppi sociali (insieme ai senza tetto e ai carcerati, ad esempio) maggiormente esposti a fenomeni di esclusione sociale a lungo termine, o cronica. Secondo una indagine recente, un ragazzo su due – tra i giovani migranti e rifugiati intervistati – si sente accettato dai membri della comunità in cui vive (U.N.I.C.E.F., 2019). Molte cittadine e molti cittadini italiani esprimono un giudizio circa la fragilità delle nostre istituzioni e la sfiducia che il fenomeno migratorio possa essere governato (Segatti e Vegetti, 2008).

Nonostante le potenzialità insite nei fenomeni migratori, nel Paese permangono sacche di marginalità in contesti urbani e rurali (Medici Senza Frontiere, 2018).

La carenza di una rete sociale inclusiva ha degli effetti deleteri sul benessere fisico e psicologico dei migranti (Baumeister & Leary, 1995) e i Comuni si trovano ad affrontare la sfida di rendere l'accoglienza sempre più mirata all'integrazione ed efficace.

È possibile progettare in questo ambito degli interventi mirati ad agire sulle variabili cardine implicate negli effetti negativi della marginalizzazione sociale identificate in letteratura, capaci di offrire supporto in fase di accoglienza ad una popolazione a forte rischio di isolamento e radicalizzazione.

Sono auspicabili interventi di accoglienza, assistenza sul disagio psico-

sociale della popolazione migrante ad almeno quattro livelli (Hernández-Plaza et al. 2006):

1. relazione diadica
2. rete sociale
3. auto-aiuto
4. interventi di comunità.

Le psicologhe e gli psicologi possono assicurare altresì interventi finalizzati all'integrazione, riduzione del pregiudizio e tutela dei diritti di cittadinanza, nonché interventi finalizzati a facilitare il dialogo con le Istituzioni e a promuovere le connessioni sociali delle e dei migranti con la cittadinanza locale e con le comunità multietniche del territorio (Ager & Strang, 2008).

Benessere digitale

Il mondo contemporaneo assiste alla crescente pervasività delle tecnologie per la comunicazione (e.g., smartphone) in tutte le fasce della popolazione (non solo giovani o giovanissimi).

In Italia ci sono più smartphone (76 mln) che persone (59 mln), Internet è usato dal 73% della popolazione che mediamente trascorre in rete 6 ore al giorno. Diversi studi mostrano i possibili impatti negativi, psicologici e comportamentali, di un uso poco consapevole di Internet e i suoi dispositivi sull'individuo (Twenge, 2008).

Gli smartphone sono il maggior fattore di distraibilità alla guida e causano un terzo degli incidenti stradali. Il cyberbullismo è un fenomeno in crescita e più pericoloso del bullismo tradizionale perché più difficile da individuare e contrastare e perché per la vittima non esiste luogo sicuro in cui mettersi al riparo. La diffusione delle *fake news* è frequentemente in relazione a un utilizzo poco consapevole della tecnologia e dei social network. L'uso prolungato di dispositivi digitali come smartphone e tablet ha effetti dannosi sulla postura e sull'apparato muscoloscheletrico, dando origine a dolori alla schiena e alle articolazioni.

La Psicologia può auspicabilmente promuovere nel nostro Paese azioni finalizzate ad un utilizzo più consapevole di Internet e dei suoi dispositivi, anche mediante:

1. consulenze per l'adozione di soluzioni “smart” per limitare gli effetti dannosi dell'uso della tecnologia sulle strade (es. semafori led sul marciapiede per aumentarne la visibilità da parte dei pedoni che usano lo smartphone);
2. consulenze nella gestione, creazione e riqualificazione degli spazi comuni di aggregazione per limitare gli effetti negativi della tecnologia e favorire lo scambio faccia a faccia;
3. realizzazione di interventi per la riduzione del cyberbullismo;
4. interventi di educazione digitale rivolta a tutte le fasce di popolazione.

La tutela delle persone minorenni

Il 12,1 % di minorenni nel nostro Paese vive in condizione di povertà e il rischio di povertà aumenta al crescere del numero di figli all'interno del nucleo familiare (dati Istat 2017). Circa 21.000 minorenni vivono in strutture residenziali socio-assistenziali, di cui circa la metà allontanati dai genitori (dati Istat 2015). Circa 14.000 minorenni (dato 2014) sono in affidamento familiare residenziale, a cui si sommano le situazioni di affidamento «leggero».

Come già ricordato, la maggior parte della spesa sociale dei Comuni (quasi 40% nel 2016; dati Istat) deriva da interventi destinati a minori e famiglie. Di questi, il 30% (837.865.707 €; Quarta relazione sullo stato attuale della legge 149/2001, 2017) sono destinati alla Tutela minori.

L'aumento della povertà infantile è stato collegato a fenomeni che minano la coesione sociale: mancato sviluppo personale e cognitivo, difficoltà nel trovare un'occupazione stabile, maggiore dipendenza dall'assistenza sociale, rischio dipendenze più elevato (Openpolis, 2018).

Attività preventive di sostegno psicologico ai nuclei familiari negligenzi, come dimostrato anche nel presente documento dalla ricerca condotta in Molise, portano a una diminuzione significativa del rischio di allontanamento dei minori e a un aumento dei fattori di protezione familiari (es., Rapporto di Valutazione P.I.P.P.I. 2014-2015).

Interventi a scuola

In Italia i livelli di dispersione scolastica sono del 13,8%. La popolazione

scolastica presenta varie criticità (es., circa 3 % di alunne/i con disabilità, 2,94% con Disturbi Specifici dell'Apprendimento; 9,4% alunne/i straniere/i; dati MIUR), a cui la scuola è chiamata a rispondere (Direttiva sui BES 27/12/2012).

La povertà educativa è imputabile in larga misura alla privazione di opportunità di apprendimento nei primi anni d'età (rapporto di Save the Children, 2018) L'abbandono precoce ha un impatto negativo sulle opportunità dei giovani nel mercato del lavoro (solo l'8.7% di italiani con titolo di scuola primaria o secondaria di I grado sono impiegati a 18-24 anni; Eurostat, 2014) e ha pertanto alti costi per gli individui singoli così come per la società e l'economia.

I principali fattori che aiutano i ragazzi ad emanciparsi dalle situazioni di disagio sociale ed economico provengono dalla scuola: aver frequentato un asilo nido (+39% di probabilità), una scuola ricca di attività extracurricolari (+127%), dotata di infrastrutture adeguate (+167%) o caratterizzata da relazioni positive tra insegnanti e studentesse e studenti (+100%) (rapporto di Save the Children, 2018).

Un lavoro integrato di orientamento scolastico, professionale e Servizi per i giovani, dato dal partenariato di enti pubblici e privati, mostra efficacia nel prevenire la dispersione scolastica (Rapporto Eurydice e Cedefop, 2014).

Mediazione sociale

Numerosi dati confermano una elevata frequenza di liti tra vicini. Sono quasi 500.000 gli italiani alle prese con una causa civile generata da contrasti condominiali e da liti tra vicini di casa (Camera di commercio di Monza e Brianza, 2014).

I conflitti tra vicini:

- rappresentano una fonte di stress e determinano una riduzione del benessere sociale delle persone;
- aumentano il carico di lavoro dei Comuni e dei gestori di fabbricati di Edilizia Residenziale Pubblica;
- in taluni casi, possono portare ad una riduzione del valore degli immobili.

La mediazione sociale, basata su interventi tipici della professione psicologica, è l'insieme delle pratiche volte ad affrontare e prevenire i conflitti laddove questi si manifestano, favorendo percorsi che permettano ai cittadini e alle cittadine di assumersi responsabilità e di attivarsi per gestirli.

La mediazione è un mezzo di costruzione e gestione della vita sociale nei contesti urbani abitativi caratterizzati da complessità, instabilità relazionale, marginalità socio-economica, e senso di insicurezza nel vivere gli spazi comuni.

Strumenti della mediazione sociale sono la *conoscenza* dei contesti territoriali, dei quartieri, dei condomini nei quali si lavora; il *lavoro di rete* con i vari soggetti operanti nella realtà sociale in cui interviene), la *comunicazione* adeguata ed efficace verso il singolo utente; metodologie per favorire *il benessere abitativo e il senso di comunità*.

Psicologia ambientale

L'ambiente ha una profonda influenza sulla salute e i comportamenti degli esseri umani (Bratman, Hamilton, & Daily, 2012).

A titolo esemplificativo, studi alla scuola dell'infanzia hanno mostrato che una particolare disposizione degli ambienti scolastici riducono i comportamenti aggressivi e aumentano i comportamenti di natura prosociale e il gioco simbolico (Stankovic, Tanis & Nikolic, 2013).

Uno studio ha misurato le funzioni cognitive di bambini e bambine prima e dopo il trasferimento di casa della loro famiglia (Wells, 2000). I dati mostrano che bambini e bambine trasferiti a vivere con le loro famiglie in zone con un livello più alto di verde, ottengono i più alti livelli di funzionamento cognitivo in seguito al trasferimento.

La conoscenza delle dinamiche di interazione uomo-ambiente consente di progettare gli spazi più adatti al benessere dell'individuo e delle comunità. Ciò vale sia per gli ambienti esterni che interni. In particolare, è possibile progettare gli spazi di apprendimento a scuola e nelle classi in modo funzionale sia all'apprendimento che al benessere degli individui. La/o psicologa/o offre consulenza all'Urbanistica e all'Architettura degli spazi di apprendimento e vita comunitaria, dalla scelta degli arredi, alla loro disposizione, all'uso del verde negli spazi.

Benessere organizzativo per gli Enti Locali

Il concetto di “salute” rappresenta uno stato di benessere fisico, psicologico e sociale, non riguarda quindi solo l'assenza di malattia o d'infermità, e non è mai statico, ma dinamico, in continua trasformazione. Decenni di studi hanno mostrato, infatti, l'importanza di considerare fattori quali le dinamiche sociali, lo stress, e le discriminazioni sul luogo di lavoro.

Ignorare i problemi di stress e *burnout* significa ridurre non solo il benessere del singolo lavoratore ma anche quello dell'Ente nel suo complesso con conseguenze negative sul piano sia sociale che economico. La presenza di forme di *mobbing* e discriminazione (relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione, alla lingua, ecc.) minano nel profondo la salute e la produttività dell'Organizzazione.

La psicologa e lo psicologo nelle organizzazioni lavorano sulle dinamiche sociali garantendo un ambiente di lavoro improntato all'efficienze e al benessere organizzativo. Loro sono impegnati a identificare, contrastare e ridurre ogni forma di discriminazione all'interno dell'organizzazione.

10. CONCLUSIONI

Nuovi e urgenti bisogni sociali impongono al *welfare* nazionale la necessità di innovare modelli d'intervento, efficaci e a costi contenuti. Il fabbisogno diffuso di assistenza psicologica e promozione del benessere in ambito sociale nel nostro Paese, nonché l'assetto legislativo vigente nel settore, evidenziano come la Psicologia possa auspicabilmente rappresentare nel prossimo futuro uno dei settori di maggiore impatto sociale ed economico, dal momento che per gli Enti Locali essa svolge un'importante **funzione di responsabilità sociale** verso i cittadini bisognosi di assistenza, ma anche un'**opportunità economica** per contribuire a promuovere benessere comunitario generando risparmi in termini di spesa pubblica, grazie all'abbattimento dei costi molto spesso legati all'assenza di azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria efficaci.

L'impegno che ci attende per il prossimo futuro, quindi, è quello di creare reali spazi che possano aprire allo **sviluppo di Servizi e interventi psicologici innovativi a sicuro impatto sociale negli Enti Locali**, in gran parte già previsti dalle Leggi vigenti ma non attuati in modo soddisfacente sul piano operativo, anche a causa di una scarsa definizione degli ambiti applicativi della Psicologia in ambito sociale che rende difficilmente attuabili sul territorio i principi ispiratori delle norme e gravemente frammentata la programmazione nelle diverse regioni d'Italia.

Un ruolo fondamentale sarà svolto dal Legislatore nell'accogliere nuovi stimoli dalla categoria professionale delle Psicologhe e degli Psicologi, per la crescita dell'impatto sociale degli investimenti in competenze psicologiche nei Comuni italiani, per affrontare una delle sfide decisive che è quella di rendere i Servizi sociali davvero attuatori di promozione del benessere, e non solo esecutori di assistenza in emergenza o, peggio ancora, declinata in forme di assistenzialismo cronico, dispendioso e dannoso sia sotto il profilo delle risorse economiche pubbliche sia sotto quello dell'*empowerment* degli individui e delle comunità. **L'efficacia delle azioni di promozione del benessere in ambito sociale è strettamente dipendente dalla disponibilità di valide opportunità d'investimento in competenze psicologiche negli Enti Locali.**

L'attuale scenario economico impone ai Servizi pubblici, dal comparto sanitario a quello sociale o educativo, la necessità di sviluppare nuovi modelli d'intervento, efficaci e a costi contenuti. Gli Enti Locali hanno pertanto un importante ruolo che non è solo quello della responsabilità sociale, ma anche dell'opportunità economica per contribuire a sviluppare un sistema di Servizi e interventi efficaci ed efficienti.

Le psicologhe e gli psicologi italiane/i sono delle/i indiscutibili alleate/i del *welfare* nazionale e il CNOP, al fine di promuovere e supportare un processo di cambiamento che interessa tutto il Paese Italia, ha avviato, anche attraverso i gruppi di lavoro scriventi, un innovativo percorso che oggi giunge al primo importante risultato: la pubblicazione del presente documento, originato da un approfondito studio dei bisogni sociali dei nostri territori e dei campi applicativi delle competenze psicologiche negli Enti Locali, proponendosi per essi e per il Legislatore come vero e proprio partner strategico del *welfare* nazionale. Già la Task Force per la redazione del primo Protocollo Nazionale tra CNOP e ANCI (cui si rimanda in Appendice), voluto dal Consiglio Nazionale ai fini della promozione del benessere dei cittadini e delle cittadine attraverso il potenziamento delle collaborazioni della categoria professionale psicologica con i Comuni italiani, ha centrato un primo importante risultato che è stato quello di condividere l'intento comune di agire in sinergia per la promozione dell'*empowerment nelle comunità e nei singoli cittadini e cittadine*.

Ulteriore obiettivo raggiunto, attraverso la redazione congiunta dei due gruppi di lavoro del presente documento, è stato quello di raccogliere dati informativi sull'attuale assetto normativo e programmatico dei Servizi sociali e interventi psicologici, esperienze progettuali, iniziative e idee, dati di ricerca, attraverso l'ausilio professionale delle/i componenti psicologhe/i, che fossero in grado di indicare il **positivo impatto sociale e la sostenibilità finanziaria degli interventi psicologici** con l'obiettivo di delineare un possibile scenario di sviluppo normativo e attuativo di programmi di prevenzione primaria, secondaria a terziaria, ad alto impatto sociale ed economico incentrato sulle competenze psicologiche che potranno utilmente essere messe a disposizione degli Enti Locali.

A partire dall'Intesa già stipulata CNOP/ANCI e dalle molteplici sinergie

attuata dal Consiglio Nazionale negli ultimi anni con diversi *stakeholder* istituzionali, è auspicabile che la categoria professionale si faccia promotrice e attuatrice, innanzitutto, di progetti di ricerca utili a dimostrare ulteriormente come le competenze psicologiche in diversi ambiti di intervento, legati ad obiettivi sociali misurabili, siano in grado di generare non solo un cambiamento per la salute dei cittadini, ma anche un ritorno finanziario per gli Enti Locali.

Solo in questo modo, potrà essere creata una piattaforma stabile da cui partire per far fronte efficacemente alla diffusa domanda di aiuto psicologico dei cittadini italiani, spesso implicita e manifesta soltanto in forma di disagio conclamato. Soltanto una forte intesa tra la Psicologia e gli Enti Locali potrà creare un sistema articolato di Servizi e interventi in ambito sociale più resiliente e inclusivo.

Il ruolo che l'intervento psicologico è in grado di giocare nel *welfare* odierno è sempre più significativo: come abbiamo avuto modo di mostrare nel presente documento, in svariati contesti l'approccio psicologico può rappresentare la chiave di svolta degli interventi di assistenza sociale e sociosanitaria, dimostrando di poter incidere positivamente anche sulla spesa pubblica.

In ultima analisi, appare sempre più evidente come la Psicologia e la figura professionale delle/gli psicologhe/i possa divenire l'alleato primario dell'Ente Locale nel generare un risparmio a livello nazionale. Una parte significativa dei costi sostenuti oggi dallo Stato riguardano effettivamente situazioni legate al disagio sociale che potrebbe essere affrontato diversamente con efficaci interventi psicologici di prevenzione.

Confidiamo che nel prossimo futuro la Psicologia possa utilmente contribuire a potenziare il *welfare* italiano attraverso l'implementazione di interventi e Servizi psicologici negli Enti Locali innovativi e realizzabili, basati sull'applicazione coerente di principi, modelli, tecniche della Psicologia scientifica a garanzia di un beneficio concreto sia per la collettività e per le cittadine e i cittadini assistiti, assieme ad una sicura ricaduta economica misurabile in termini di risparmio sulla spesa pubblica.

11. APPENDICE

Seguono le Schede di rilevazione dei Servizi e degli interventi psicologici nei Servizi Sociali prodotte dal **Gruppo di Lavoro “Impatto della Psicologia del Territorio sulla spesa pubblica”**, descritte in questo documento al cap. n. 7 “Metodo e strumenti di rilevazione”.

<p><u>SCHEDA DI RILEVAZIONE</u> <i>DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI PSICOLOGICI NEI SERVIZI SOCIALI</i> Sostegno socio-educativo domiciliare (F3 – Nomenclatore CISIS 2013)</p>
--

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE

La presente scheda di rilevazione deve essere compilata dal **Coordinatore della rete dei Servizi sociali afferenti a ciascun Ambito Territoriale Sociale/ Distretto sociale** ex Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi sociali”, comma 3, lettera “a”.

Si precisa che le attività oggetto di rilevazione devono essere riferite al periodo

<p>Ente di appartenenza</p> <p>Ambito Territoriale Sociale /Distretto Sociale di _____</p> <p>Provincia: _____ Regione: _____</p> <p>Popolazione dell'Ambito Territoriale/Distretto Sociale: _____ abitanti</p>
--

<p>Referente della valutazione (<i>indicare le generalità di colui/colei che può riferire sulla attività</i>):</p> <p>Nome e Cognome: _____ Tel.: _____</p> <p>Cell: _____ Email: _____</p>
--

Descrizione del Servizio e/o del Progetto

SCHEDA N. _____

Il Servizio e gli interventi descritti sono così definiti dal Nomenclatore dei Servizi e interventi sociali - CISIS 2013:

Sostegno socio-educativo domiciliare (F3 – Nomenclatore CISIS 2013)

Interventi di sostegno destinati ai soggetti a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogati a domicilio per il raggiungimento della massima autonomia personale e sociale. Vi sono comprese persone con disagio mentale

Gli interventi di sostegno socio-educativo oggetto di valutazione sono:

presenti nell'Ambito Territoriale/Distretto Sociale

Se si indicare numero di Programmi di intervento attivati nel periodo di riferimento: _____

assenti (*non compilare la restante parte della scheda*)

Composizione team di lavoro/équipe per l'intervento di sostegno socio-educativo (sono presenti nel team...):

psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale n.

psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale n.

psicologi del Servizio sanitario n.

assistenti sociali n.

pedagogisti n.

altro (*specificare*)

_____ n.

Ruoli e funzioni dei professionisti negli ambiti di attività1. *Valutazione dei membri della famiglia (genitori, figli, ecc.):*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
 altro (*specificare*)_____

2. *Programmazione del programma di sostegno/progetto di intervento:*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
 altro (*specificare*)_____

3. *Coordinamento del Servizio di sostegno:*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
 altro (*specificare*)_____

6. *Attività di sostegno socio-educativo*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
 altro (*specificare*)_____

7. *Supervisione (se presente)*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
 altro (*specificare*)_____

8. *Valutazione conclusiva del programma/progetto di intervento*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
 altro (*specificare*)_____

Utenza del Servizio (*indicare numero utenti presi in carico nel periodo di riferimento*):

Nuclei familiari n. _____ Minorenni n. _____

Altro (specificare) n. _____

Risorse Impiegate (*inserire la quantificazione delle risorse impiegate esclusivamente per lo psicologo dei Servizi sociali, dipendente e non dipendente di Enti locali per Servizi esternalizzati o affidati a terzi; qualora il Servizio fosse espletato esclusivamente da psicologi del Servizio Sanitario si prega di lasciare in bianco*):

Risorse **pubbliche** impegnate per psicologi dipendenti **del Servizio sociale dell'Ente Locale**: _____ €

Risorse **pubbliche** impegnate per psicologi non dipendenti **del Servizio sociale dell'Ente Locale (per Servizi esternalizzati o affidati a terzi)**:
_____ €

Numero di **ore totali** per prestazioni psicologiche nel periodo di riferimento per il Servizio di sostegno socio-educativo:

_____ (dipendenti di Ente Locale)

_____ (non dipendenti di Ente Locale)

Rilevazione dei costi diretti della problematica trattata nel periodo di riferimento

Costo medio giornaliero pro-capite per ricovero dei minorenni in strutture residenziali di riferimento: _____ €/die

Numero dei minorenni presenti in strutture di accoglienza nel periodo oggetto di rilevazione: _____

Spesa totale sostenuta dagli Enti locali dell'Ambito di riferimento per l'accoglienza dei minorenni in struttura residenziale:
_____ €

Spesa totale sostenuta dagli Enti locali dell'Ambito di riferimento per l'accoglienza dei minorenni in famiglie affidatarie (retta per affidatari):
_____ €

SCHEDA DI RILEVAZIONE
DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI PSICOLOGICI NEI SERVIZI SOCIALI
Servizio per l'affidamento dei minorenni
(D3 - Nomenclatore CISIS 2013)

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE

La presente scheda di rilevazione deve essere compilata dal **Coordinatore della rete dei Servizi sociali afferenti a ciascun Ambito Territoriale Sociale/ Distretto sociale** ex Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi sociali", comma 3, lettera "a".

Si precisa che le attività oggetto di rilevazione devono essere riferite al **periodo**

Ente di appartenenza

Ambito Territoriale Sociale /Distretto Sociale di _____

Provincia: _____

Regione: _____

Popolazione dell'Ambito Territoriale/Distretto Sociale: _____ abitanti

Referente della valutazione (*indicare le generalità di colui/colei che può riferire sulla attività*):

Nome e Cognome: _____

Tel.: _____ Cell: _____

Email: _____

Descrizione del Servizio e/o del Progetto SCHEDA N. _____

Il Servizio e gli interventi descritti sono così definiti dal Nomenclatore dei Servizi e interventi sociali - CISIS 2013:

Servizio per l'affidamento dei minorenni (D3 - Nomenclatore CISIS 2013)

Attività di supporto per favorire l'accoglienza (a tempo pieno o parziale) di un minore in un nucleo familiare qualora la famiglia di origine sia momentaneamente impossibilitata a provvedervi in modo adeguato, anche in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria.

L'affidamento familiare di minorenni oggetto di valutazione è:

presente nell'Ambito Territoriale/Distretto Sociale

Se si indicare numero di Programmi per l'affidamento attivati nel periodo di riferimento: _____

assente (non compilare la restante parte della scheda)

Composizione team di lavoro/équipe per l'affidamento (sono presenti nel team...):

psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale n.

psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale n.

psicologi del Servizio sanitario n.

assistenti sociali n.

pedagogisti n.

altro (specificare)

_____ n.

Ruoli e funzioni dei professionisti negli ambiti di attività

1. Valutazione degli affidatari

psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale

psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale

psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti

altro (specificare) _____



2. *Programmazione del percorso di affidamento*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
- psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
- psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
- altro (*specificare*) _____

3. *Formazione degli affidatari*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
- psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
- psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
- altro (*specificare*) _____

4. *Sensibilizzazione/promozione sul territorio*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
- psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
- psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
- altro (*specificare*) _____

5. *Coordinamento del Servizio per l'affidamento*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
- psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
- psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
- altro (*specificare*) _____

6. *Sostegno e consulenza*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
- psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
- psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
- altro (*specificare*) _____

7. *Supervisione*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
- psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
- psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
- altro (*specificare*) _____

8. *Valutazione conclusiva e reinserimento minorenni nella famiglia di origine*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
 altro (*specificare*) _____

Utenza del Servizio (*indicare numero utenti presi in carico nel periodo di riferimento*):

Nuclei familiari di origine n. ____ Minorenni n. ____

Affidatari n. _____

Risorse Impiegate (*inserire la quantificazione delle risorse impiegate esclusivamente per lo psicologo dei Servizi sociali, dipendente e non dipendente di Enti locali per Servizi esternalizzati o affidati a terzi; qualora il Servizio fosse espletato esclusivamente da psicologi del Servizio Sanitario si prega di lasciare in bianco*):

Risorse **pubbliche** impegnate per psicologi dipendenti **del Servizio sociale dell'Ente Locale**: _____ €

Risorse **pubbliche** impegnate per psicologi non dipendenti **del Servizio sociale dell'Ente Locale (per Servizi esternalizzati o affidati a terzi)**: _____ €

Numero di **ore totali** per prestazioni psicologiche nel periodo di riferimento per il Servizio affidamento:

_____ (dipendenti di Ente Locale)

_____ (non dipendenti di Ente Locale)

Rilevazione dei costi diretti della problematica trattata nel periodo di riferimento

Costo medio giornaliero pro-capite per ricovero dei minorenni in strutture residenziali di riferimento: _____ €/die

Numero dei minorenni presenti in strutture di accoglienza nel periodo oggetto di rilevazione: _____

Spesa totale sostenuta dagli Enti locali dell'Ambito di riferimento per l'accoglienza dei minorenni in struttura residenziale: _____ €

Spesa totale sostenuta dagli Enti locali dell'Ambito di riferimento per l'accoglienza dei minorenni in famiglie affidatarie (retta per affidatari): _____ €

Note utili:

(si chiede cortesemente di indicare dati e informazioni utili per rappresentare al meglio ulteriori specificità del Servizio)

SCHEDA DI RILEVAZIONE
DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI PSICOLOGICI NEI SERVIZI SOCIALI
Servizio di sostegno alla genitorialità
(D6 - Nomenclatore CISIS 2013)

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE

La presente scheda di rilevazione deve essere compilata dal **Coordinatore della rete dei Servizi sociali afferenti a ciascun Ambito Territoriale Sociale/ Distretto sociale** ex Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi sociali”, comma 3, lettera “a”.

Si precisa che le attività oggetto di rilevazione devono essere riferite al **periodo**

Ente di appartenenza

Ambito Territoriale Sociale /Distretto Sociale di _____

Provincia: _____

Regione: _____

Popolazione dell'Ambito Territoriale/Distretto Sociale: _____ abitanti

Referente della valutazione (*indicare le generalità di colui/colei che può riferire sulla attività*):

Nome e Cognome: _____

Tel.: _____ Cell: _____

Email: _____

Descrizione del Servizio e/o del Progetto **SCHEDA N. _____**

Il Servizio e gli interventi descritti sono così definiti dal Nomenclatore dei Servizi e interventi sociali - CISIS 2013:

Interventi di sostegno alla genitorialità (D6 – Nomenclatore CISIS 2013)	<i>Interventi di sostegno alle funzioni genitoriali (anche attraverso colloqui, incontri, ...).</i>
---	---

Gli interventi di sostegno alla genitorialità oggetto di valutazione sono:

presenti nell'Ambito Territoriale/Distretto Sociale

Se si indicare numero di Programmi di intervento attivati nel periodo di riferimento: _____

assenti (*non compilare la restante parte della scheda*)

Composizione team di lavoro/équipe per l'intervento di sostegno alla genitorialità (sono presenti nel team...):

psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale n.

psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale n.

psicologi del Servizio sanitario n.

assistenti sociali n.

pedagogisti n.

altro (*specificare*) _____ n.

Ruoli e funzioni dei professionisti negli ambiti di attività

1. Valutazione dei membri della famiglia (genitori, figli, ecc.):

psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale

psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale

psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti

altro (*specificare*) _____

2. *Programmazione del programma di sostegno/progetto di intervento:*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
 altro (*specificare*) _____

3. *Coordinamento del Servizio di sostegno:*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
 altro (*specificare*) _____

6. *Attività di sostegno alla genitorialità*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
 altro (*specificare*) _____

7. *Supervisione (se presente)*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sanitario ssistenti sociali pedagogisti
 altro (*specificare*) _____

8. *Valutazione conclusiva del programma/progetto di intervento*

- psicologi del Servizio sociale dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sociale non dipendente di Ente Locale
 psicologi del Servizio sanitario assistenti sociali pedagogisti
 altro (*specificare*) _____

Utenza del Servizio (*indicare numero utenti presi in carico nel periodo di riferimento*):

Nuclei familiari n. _____ Minorenni n. _____

Altro (*specificare*) n. _____

Risorse Impiegate (*inserire la quantificazione delle risorse impiegate esclusivamente per lo psicologo dei Servizi sociali, dipendente e non dipendente di Enti locali per Servizi esternalizzati o affidati a terzi; qualora il Servizio fosse espletato esclusivamente da psicologi del Servizio Sanitario si prega di lasciare in bianco*):

Risorse **pubbliche** impegnate per psicologi dipendenti **del Servizio sociale dell'Ente Locale**: _____ €

Risorse **pubbliche** impegnate per psicologi non dipendenti **del Servizio sociale dell'Ente Locale (per Servizi esternalizzati o affidati a terzi)**:
_____ €

Numero di **ore totali** per prestazioni psicologiche nel periodo di riferimento per il Servizio di sostegno alla genitorialità:

_____ (dipendenti di Ente Locale)

_____ (non dipendenti di Ente Locale)

Rilevazione dei costi diretti della problematica trattata nel periodo di riferimento

Costo medio giornaliero pro-capite per ricovero dei minorenni in strutture residenziali di riferimento: _____ €/die

Numero dei minorenni presenti in strutture di accoglienza nel periodo oggetto di rilevazione: _____

Spesa totale sostenuta dagli Enti locali dell'Ambito di riferimento per l'accoglienza dei minorenni in struttura residenziale: _____ €

Spesa totale sostenuta dagli Enti locali dell'Ambito di riferimento per l'accoglienza dei minorenni in famiglie affidatarie (retta per affidatari):
_____ €

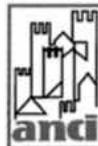
Note utili:

(si chiede cortesemente di indicare dati e informazioni utili per rappresentare al meglio ulteriori specificità del Servizio)

Si allega il Protocollo CNOP-ANCI siglato il 1 ottobre 2018 a Bari



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



**PROTOCOLLO DI INTESA
PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE PSICOLOGICO
DEI CITTADINI**

Tra

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

e

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

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

PREMESSO CHE:

il CNOP:

- promuove la professione di psicologo, predisporre ed aggiorna il Codice Deontologico, vincolante per tutti gli iscritti e lo sottopone all'approvazione per referendum degli stessi;
- cura l'osservanza delle leggi e delle disposizioni concernenti la professione relativamente alle questioni di rilevanza nazionale;
- esprime pareri, su richiesta degli enti pubblici o di propria iniziativa, anche sulla qualificazione di istituzioni non pubbliche per la formazione professionale;

Two handwritten signatures in black ink, one appearing to be 'R' and the other a more complex signature.



- intende promuovere la professione dello psicologo presso gli Enti Locali, le istituzioni pubbliche, gli enti del Terzo Settore, le Aziende Sanitarie perché possano avvalersi del contributo dello psicologo per lo sviluppo e promozione del benessere e della salute;
- in data 5 giugno 2015, ha approvato il documento *"La Professione di psicologo: declaratoria, elementi caratterizzanti ed atti tipici"* che definisce gli strumenti conoscitivi e di intervento della professione psicologica ai sensi dell'art. 1 della Legge n. 56/89;

L'ANCI:

- in base alla previsioni dell'art. 1 del suo Statuto, costituisce il sistema di rappresentanza dei Comuni italiani, delle Unioni dei Comuni e delle altre forme associative, delle Città metropolitane e di tutti gli enti di derivazione comunale; ne tutela e ne rappresenta gli interessi, anche nei rapporti con il Governo, il Parlamento e tutte le istituzioni o gli Enti centrali o di rilievo nazionale, ed altresì nei rapporti con le Regioni, con le Province e con tutti gli enti pubblici di rilievo regionale e locale e al Comitato delle Regioni;
- cura la raccolta, l'analisi e la diffusione dei dati e delle informazioni di loro interesse; svolge attività di sostegno, di assistenza tecnica ed erogazione di servizi nell'interesse e nei confronti dei Comuni italiani; promuove e diffonde, a tutti i livelli, la coscienza dei valori della sussidiarietà, dell'autonomia, del federalismo; riceve e gestisce finanziamenti, pubblici e privati; gestisce progetti e programmi di diversa natura.
- ❖ la Legge 8 novembre 2000, n. 328 - *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*, promuove soprattutto interventi volti a garantire la qualità della vita, pari opportunità, la non discriminazione e diritti di cittadinanza; previene, riduce e si occupa delle condizioni di disabilità, di bisogno





CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI

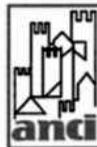


e di disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezze economiche, difficoltà sociali e stress psicologico derivanti da situazioni complesse di non autonomia;

- ❖ nel contesto ancora in evoluzione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e scolastici (es. Piani Sociali di Zona e Ambiti Territoriali Sociali) si registrano nuovi bisogni, tra cui, l'esigenza da parte di famiglie ed operatori di supporto e orientamento nel fronteggiare temi di stretta pertinenza delle discipline psicologiche che non rientrano tra i servizi offerti esclusivamente in ambito sanitario;
- ❖ la professione di psicologo è ordinata dalla Legge 18 febbraio 1989, n. 56 che all'art. 1 definisce gli ambiti e le modalità di intervento: *"La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione - riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito"*.

CONSIDERATO CHE:

- ❖ il CNOP e l'ANCI condividono le finalità degli interventi indicati nel quadro delle loro rispettive strategie di azione;
- ❖ le Parti intendono collaborare attivamente per la tutela dei cittadini nei progetti di contrasto al disagio sociale.



Tutto ciò premesso, le Parti come sopra indicate

CONCORDANO E STABILISCONO QUANTO SEGUE:

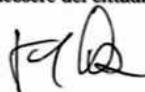
1. Premesse

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

2. Finalità del Protocollo

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

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





CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



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

Il CNOP si impegna ad organizzare in collaborazione con ANCI, previa condivisione di progetti mirati, eventi formativi rivolti agli iscritti psicologi dipendenti comunali su tematiche relative all'area della tutela dei diritti di cittadinanza, della genitorialità, delle dinamiche familiari con specifico riferimento alle povertà e alle problematiche connesse alla marginalità sociale e all'emergenza.

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

3. Ambiti di intervento

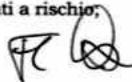
Le Parti si impegnano, sulla base del presente Protocollo, a promuovere l'implementazione delle competenze psicologiche nei seguenti ambiti di intervento (previsti dalle normative nazionali e regionali, nonché dal Nomenclatore degli interventi e servizi sociali come aggiornato dal CISIS nel 2013 e di seguito riportati a titolo esemplificativo e non esaustivo) del sistema dei servizi sociali integrati in una prospettiva multidisciplinare e multiprofessionale:

- prevenzione e pronto intervento sociale;
- attività di servizio sociale di supporto alla persona, alla famiglia e rete sociale (servizio per l'affidamento dei minori, servizio per l'adozione nazionale e



internazionale di minori, servizio di mediazione familiare, interventi di sostegno alla genitorialità);

- interventi psicologici e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo;
- interventi psicologici volti a favorire la permanenza al domicilio (assistenza domiciliare socio-assistenziale; assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari);
- azioni e interventi di coprogettazione e coordinamento presso Asili e servizi per la prima infanzia (Asili nido, servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia: in contesto domiciliare, spazi gioco, centri bambini-genitori) e presso Centri con funzione educativo-ricreativa (ludoteche, centri di aggregazione sociale, centri per le famiglie, centri diurni di protezione sociale, centri diurni estivi);
- interventi psicosociali e psicoeducativi presso Centri a carattere socio-sanitario, quali centri diurni semiresidenziali e socio-riabilitativi, laboratori protetti e centri occupazionali;
- attività di consulenza, coprogettazione, coordinamento, supervisione, prevenzione dello stress lavoro correlato e prevenzione del burn-out negli Enti locali e nelle strutture residenziali e semiresidenziali del Sistema integrato dei servizi;
- interventi di accoglienza, assistenza, supporto psicologico e interventi sul disagio psico-sociale della popolazione migrante con l'aiuto e il supporto di mediatori linguistico - culturali, con particolare riferimento ai minori stranieri non accompagnati e rifugiati;
- interventi in favore di minori, di persone minacciate o vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica, maltrattamenti e stalking;
- interventi in favore di minori e adulti nei percorsi processuali, di pena e riabilitazione;
- interventi di informazione, formazione e consulenza nel sistema di istruzione e formazione professionale finalizzati alla salute, al benessere individuale e collettivo, al successo formativo, all'integrazione, al contrasto del disagio giovanile, della dispersione scolastica, del bullismo e dei comportamenti a rischio;





- azioni di prevenzione, informazione e comunicazione riguardo ai temi del disagio, della salute mentale e del benessere psicologico e sociale, in collaborazione con il Terzo Settore e il Volontariato;

4. Oneri

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

5. Promozione dell'immagine - Comunicazione

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

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

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

6. Durata del Protocollo

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

A handwritten signature in black ink, appearing to be "FE" followed by a stylized flourish.



7. Modifiche

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

8. Privacy

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

9. Legge applicabile e foro competente

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

Letto, confermato, sottoscritto

Roma, li 09/10/2018

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi
CNOP
Il Presidente
Fulvio Giardina

Associazione Nazionale Comuni Italiani
ANCI
Il Presidente
Antonio Decaro

Il Protocollo è consultabile sul sito istituzionale CNOP www.psy.it in “Protocolli d’intesa e convenzioni”, nonché dal seguente link: http://www.psy.it/wp-content/uploads/2018/10/protocollo-intesa-CNOP_ANCI.pdf

12. BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Ager, A. & Strang, A. (2008). Understanding Integration: A Conceptual Framework. *Journal of Refugee Studies*, 21 (2), 166–191. doi: 10.1093/jrs/fen016
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- Bratman, G. N., Hamilton, J. P., & Daily, G. C. (2012). The impacts of nature experience on human cognitive function and mental health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1249(1), 118-136.
- Brown D., Zinkin L., (1994). *La psiche e il mondo sociale*, Cortina, Milano
- Camera di commercio di Monza e Brianza (2014). *Elaborazione su dati ISTAT 2013. Undicesima Edizione della Settimana Nazionale della Conciliazione*, 11-16 Novembre 2014.
- Consiglio Nazionale Ordine Psicologi – Gruppo di Lavoro “Ambiti Emergenti” (a cura di), (2019) *Ambiti emergenti in Psicologia*, in Quaderno CNOP n. 4, Roma.
- Consiglio Nazionale Ordine Psicologi – Task Force sui L.E.A., (2017), *Ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza*,
- Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, (2015). *La professione di Psicologo: declaratoria, elementi caratterizzanti ed atti tipici*, giugno.
- D. M. 27/12/2012, *Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica*
- European Commission/EACEA/Eurydice/Cedefop (2014). Tackling early leaving from education and training in Europe: Strategies, policies and measures. *Eurydice and Cedefop Report*.
- Gold et al., (1996). *Cost-effectiveness in health and medicine*. New York, NY: Oxford University Press.
- Goldstein, N. J., Cialdini, R. B., & Griskevicius, V. (2008). A room with a viewpoint: Using social norms to motivate environmental conservation in hotels. *Journal of consumer Research*, 35(3), 472-482.
- Hammerle, N., (1992)., *Private choices, social costs, and public policy: an economic analysis of public health issues*. Westport, CT: Greenwood, Praeger.
- Hernández-Plaza, S., Alonso-Morillejo, E., & Pozo-Muñoz, C. (2006). Social support interventions in migrant populations. *The British Journal of Social Work*, 36(7), 1151-1169.

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 227-237.
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J., Beekman, A. T., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 85(2), 135-142.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Brashears, M. E. (2006). Social isolation in America: Changes in core discussion networks over two decades. *American sociological review*, 71(3), 353-375.
- Miller W., Robinson L. e Lawrence R. (Eds.), (2006), *Valuing health for regulatory cost-effectiveness analysis*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2017). Quarta relazione sullo stato di attuazione della legge 149/2001. Quaderni della ricerca sociale 41,
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, CISIS (2013)– *Nomenclatore degli interventi e Servizi sociali – Versione 2” – Anno*
- Pollard N., Ringstrom A. (2017), "We're all human: 'Nudge' theorist Thaler wins economics Nobel" in *Reuters*. Retrieved October 11, 2017.
- Reicks, M., Redden, J. P., Mann, T., Mykerezi, E., & Vickers, Z. (2012). Photographs in lunch tray compartments and vegetable consumption among children in elementary school cafeterias. *Jama*, 307(8), 784-785.
- Segatti, P., Vegetti, F. (2008). Immigrazione Il fattore sfiducia degli italiani. *Il Regno – Ricerche: Inserto redazionale Italia Caritas*, 7, 1-16.
- Siegel D. J. (2012), *La mente relazionale – Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina Ed., Milano, 2^a ed.
- Stankovic, D., Tanic, M., & Nikolic, V. (2013, October). Kindergarten as a space for develop. In *Architecture, building design: design, materials, equipment, technologies of XXI century*. Proceedings of the international conference. Russia, Moscow, 27-28 September 2013. (pp. 68-78).
- Thaler R., Sunstein C. R., (2008), *Nudge. La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute, felicità*, Feltrinelli, Milano.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2009). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Penguin.

Twenge, J. M., & Foster, J. D. (2008). Mapping the scale of the narcissism epidemic: Increases in narcissism 2002–2007 within ethnic groups. *Journal of Research in Personality*, 42(6), 1619-1622.

Wang, C.-T. e Holton, J.,(2007), *Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States*. Chicago, IL: Prevent Child Abuse America.

Wells, N. M. (2000). At home with nature: The effects of nearby nature on children's cognitive functioning. *Environment & Behavior*, 32, 775-795.

13. SITOGRAFIA

CISMAL, (2013).Terre des hommes, Università Commerciale Luigi Bocconi, *Studio nazionale "Tagliare sui Bambini è davvero un risparmio?" – Spesa pubblica: impatto della mancata prevenzione della violenza sui bambini*, Documento scaricabile dal link: www.cismai.it – Home, Documenti.

Medici senza Frontiere (2018). Fuori campo – Secondo rapporto. Insediamenti informali, marginalità sociale, ostacoli all'accesso alle cure e ai beni essenziali per migranti e rifugiati. <https://www.medicisenzafrontiere.it/news-e-storie/pubblicazioni/fuori-campo-secondo-rapporto/>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Quaderni della Ricerca Sociale 38, Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione - P.I.P.P.I (2016). Rapporto di valutazione 2014-2015, consultabile su www.minori.gov.it

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca— Statistica e studi (2015). L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità a.s. 2014/2015. Consultabile da: http://www.istruzione.it/allegati/2015/L'integrazione_scolastica_degli_alunni_con_disabilit%C3%A0_as_2014_2015.pdf

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca—Statistica e studi (2018). Gli alunni con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) nell'a.s. 2016/2017. Consultabile da: https://www.miur.gov.it/documents/20182/991467/FOCUS_Alunni+con+DSA_a.s.+2016_2017_def.pdf/9af5872b-4404-4d56-8ac1-8ffdbec61ef4?version=1.0

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca—Statistica e studi (2018). Gli alunni con cittadinanza non italiana a. s. 2016/2017. Consultabile da: https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/FOCUS+16-17_Studenti+non+italiani.pdf/be4e2dc4-d81d-4621-9e5a-848f1f8609b3?version=1.0&t=1522334761433

Openpolis (2018). Elaborazioni su dati ISTAT <https://www.openpolis.it/la-crescita-della-poverta-tra-i-minori/>

Protocollo di Intesa CNOP-ANCI a cura del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) e Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) disponibile su http://www.psy.it/wp-content/uploads/2018/10/protocollo-intesa-CNOP_ANCI.pdf

Save the Children (2018). NUOTARE CONTRO CORRENTE. Povertà educativa e resilienza in Italia. Consultabile da: <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/nuotare-contro-corrente-poverta-educativa-e-resilienza-italia.pdf>

UNHCR (2018). Global Trends. Forced displacement in 2017. <https://www.unhcr.org>

UNICEF (2019). UNICEF e Garante Infanzia, dati U-Report: oltre metà dei ragazzi migranti vittime di discriminazioni. <https://www.unicef.it/doc/8645/u-report.htm> Accessed: 20 Giugno 2019

Wisdom, C.S. e Maxfield, M.G., (2001), *An update on the 'cycle of violence' research in brief*. Washington, D.C.: National Institute of Justice, NCJ 184894. Disponibile su <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/184894.pdf>.

14. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Art. 15 della L. n. 241/90 che regolamenta la possibilità per le Pubbliche Amministrazioni di concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune

Art. 50, commi 1 e 2, e artt. 51 e 52 del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328

Codice deontologico degli psicologi italiani approvato in data 15-16 dicembre 2006, modificato in data 8 luglio 2009 e in data 5 luglio 2013, ai sensi dell'art. 28, comma 6, lettera "c" della Legge di Ordinamento della professione di Psicologo del 18 febbraio 1989 n.56

Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro - Autonomie Locali – Regioni 1998-2001, 2002-2005, 2010-2012, 2017-2020 e declaratorie ai sensi del DPR 347/83 come integrato dal DPR 333/90

Convenzione del Consiglio D'Europa per la protezione dei bambini contro lo sfruttamento e gli abusi sessuali, firmata a Lanzarote il 25 ottobre del 2007 e ratificata in Italia con la Legge del 01 Ottobre 2012, n. 172;

Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite a New York il 20 novembre 1989, ratificata in Italia con Legge 27 Maggio del 1991, n.176

D. Lgs. 15 settembre 2017, n. 147 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà"

Delibera della Giunta Regionale della Regione Campania n. 625 del 09/10/2018

Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari" (DGR 1904 del 19 dicembre 2011) della Regione Emilia Romagna

D.P.C.M. 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. (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)

Interventi in favore dei minorenni allontanati temporaneamente dalla propria famiglia" (DGR n° 865 dell'11 giugno 2012) della Regione Marche

Legge 149/01, "Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile"

Legge 173/2015 "Modifica alla legge 4 maggio 1983, n. 184, sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare"

Legge 18 febbraio 1989 n. 56 "Ordinamento della professione di Psicologo"

Legge 184/83 "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori"

Legge 21 maggio 1998, n. 162 "Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave" (*GU n.123 del 29-5-1998*)

Legge 28 agosto 1997 n. 285, recante "Disposizioni per la promozione dei diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"

Legge 3 marzo 2009, n. 18 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità. (*GU n.61 del 14-3-2009*)

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "*Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*" (*Pubblicata in G. U. 17 febbraio 1992, n. 39, S.O.*)

Legge 8 novembre 2000, n. 328 - "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi sociali*", ratificata dalle Regioni e Province Autonome anche mediante Leggi regionali e appositi Regolamenti attuativi

Legge del 2 marzo 2006 n. 38 recante "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet"

Legge delega 33/2017 recante "Norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei Servizi sociali"

Legge di Ordinamento della professione di Psicologo del 18 febbraio 1989 n. 56

Legge n. 112/2016 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”

Legge n. 228 dell’11 agosto 2003 recante “Misure contro la tratta delle persone”

Legge n. 269 del 03 Agosto 1998, recante “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno del minore, quali nuove forme di riduzione in schiavitù”;

Legge n. 38 del 23 aprile 2009 recante “Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori”

Legge n.66 del 15 Febbraio 1996, recante “Norme contro la violenza sessuale”;

Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13 recante ad oggetto “Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e Servizi sociali” – Regione Molise

Legge regionale n. 9 del 3 agosto 2013 “Istituzione del Servizio di Psicologia del territorio della Regione Campania”

Linee d’indirizzo per lo sviluppo di una rete di Servizi che garantisca livelli adeguati di intervento in materia di affidamenti familiari e di adozioni difficili di minori” (DGR n° 79-11035 del 17 novembre 2003) della Regione Piemonte

Linee d’indirizzo regionali per l’affidamento familiare” (DGR n° 644 del 30 aprile 2004) della Regione Campania

Linee di indirizzo per l’affidamento familiare

Linee di indirizzo regionali per l’affido familiare” (DGR n° 517 del 23 aprile 2008) della Regione Basilicata

Linee Guida 2008 per i Servizi Sociali e Socio Sanitari: L’affido familiare in Veneto. Cultura, orientamenti, responsabilità e buone pratiche per la gestione dei processi di affidamento familiare” (DGR n° 3791 del 2 dicembre 2008) della Regione Veneto

Linee guida in tema di abuso sui minori approvate dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (SINPIA) il 15 febbraio del 2007

Linee guida nazionali “L’ascolto del minore testimone,” redatte a Roma il 6 novembre 2010

Linee guida per l’affidamento familiare” (DGR IX/1772 del 24 maggio 2011) della Regione Lombardia

Linee guida per l’ascolto del minore nelle separazioni e divorzi, presentate dall’Ordine degli Psicologi del Lazio il 7 dicembre 2012

Linee guida per l’esame del minore in caso di abuso sessuale – c.d.“Carta di Noto”, aggiornata a Noto il 12 Giugno 2011

Linee Guida Regionali sull’affidamento familiare” (DGR 1115 del 12 giugno 2015) della Regione Friuli Venezia Giulia

Linee guida sull'Affidamento Familiare dei Minori” (DGR n° 494 del 14 aprile 2007) della Regione Puglia

Linee Guida sull'affidamento familiare della Regione Calabria” (DGR n° 706 del 9 novembre 2007)

Linee regionali di indirizzo per l'affido familiare” (DGR 535 del 2015) della Regione Liguria

PI.PPI - Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionaliz-zazione

Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, adottato con D.P.R. 4 ottobre 2013

Protocollo di Venezia, approvato a Venezia il 23 settembre del 2007



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI

ISBN: 978-88-943786-6-5
ISSN 2611-7002

