

Proposta di legge di iniziativa popolare per la promozione del benessere psicologico e per l'istituzione della rete psicologica nazionale

Art. 1

Finalità della legge

1. Lo Stato promuove il benessere psicologico individuale e collettivo come elemento fondamentale per il pieno sviluppo della persona umana e delle organizzazioni sociali, professionali e comunitarie nell'ambito dell'esercizio della cittadinanza e del diritto al lavoro (art. 3 e 4 della Costituzione), realizzando la protezione della maternità, dell'infanzia e della gioventù (art. 31 della Costituzione), così come la promozione della salute e del benessere nell'arco di vita come diritto dell'individuo e di fondamentale interesse per la collettività (art. 32 della Costituzione).
2. La tutela del benessere psicologico si realizza attraverso attività di promozione, prevenzione e sostegno, orientate allo sviluppo delle risorse psicologiche di tipo individuale e collettivo, che includono competenze personali e sociali, sul piano cognitivo, emotivo, relazionale e comportamentale.
3. Gli interventi, orientati al sostegno della salute come processo integrativo di dimensioni individuali e di contesto, prevedono attività di psico-promozione, ascolto, consulenza, sostegno, valutazione psicologica e diagnosi, abilitazione e potenziamento, riabilitazione e psicoterapia, destinate a singoli, minori e adulti, famiglie, gruppi, comunità e organizzazioni.
4. Con decreto del Ministro della Salute, da adottare entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono definite le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurarne la uniforme attuazione. A questo fine il Ministro si avvale, per gli aspetti di competenza, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro e dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

Art. 2

Istituzione della Rete Psicologica Nazionale

1. É istituita la Rete Psicologica Nazionale, organizzata nelle regioni e nelle province autonome articolata in un Servizio di Psicologia di Territorio afferente al Servizio Sanitario Regionale (di seguito SPT) e un Servizio di Psicologia Scolastica afferente al Ministero dell'Istruzione.

Art. 3

Istituzione del Servizio di Psicologia di Territorio

1. Le regioni disciplinano l'istituzione e l'organizzazione, in forma dipartimentale, del SPT secondo i principi contenuti nelle disposizioni della presente legge.
2. Il servizio di psicologia territoriale è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute psicologica collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle patologie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita e del benessere psicologico, in coordinamento con i servizi sociali, le amministrazioni scolastiche, i dipartimenti della giustizia (DAP e PRAP), i servizi per l'ordine e la sicurezza pubblica, il CONI, i servizi e le agenzie territoriali per il lavoro e la formazione, gli Enti Locali e la Protezione civile.
3. Il SPT promuove azioni volte a individuare il fabbisogno reale di salute e benessere psicologico, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, con l'Ufficio Scolastico Regionale, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività della unità sanitaria locale, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza.

Art. 4

Compiti del Servizio di Psicologia di Territorio

In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il SPT garantisce le seguenti funzioni di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

1. Tutela del benessere psicologico, che si realizza attraverso attività di promozione, prevenzione e sostegno, orientate allo sviluppo delle risorse psicologiche di tipo individuale e collettivo che includono competenze personali e sociali, sul piano cognitivo, emotivo, relazionale e comportamentale;
2. Interventi orientati alla tutela e alla promozione della salute come processo integrativo di dimensioni individuali e di contesto, prevedendo attività di psico-promozione, ascolto, consulenza, sostegno, valutazione psicologica e diagnosi, abilitazione e potenziamento, riabilitazione e psicoterapia, destinate a singoli, minori e adulti, famiglie, gruppi, comunità e organizzazioni;
3. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi di stress lavoro-correlato e rischi psicosociali connessi agli ambienti di vita e di lavoro;
4. Il servizio di psicologia territoriale contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Art. 5

Funzionamento del Servizio di Psicologia di Territorio

1. Sono assegnati al SPT e ai Dipartimenti di Psicologia delle Aziende Sanitarie Locali i compiti destinati alla copertura dei bisogni psicologici e psicoterapeutici implicati e previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (LEA) e di assistenza sociale (LIVEAS).
2. Sono attribuiti al SPT compiti di organizzazione diretta, supervisione e vigilanza sui dispositivi professionali necessari per il perseguimento dei fini di cui all'art. 1.
3. Le attività di cui all'art. 1 sono esercitate da professionisti iscritti all'albo degli psicologi, sulla base di specifiche competenze professionali a seconda della complessità e dell'articolazione dei compiti, in base al percorso di studi, alla specializzazione universitaria o all'eventuale abilitazione alla psicoterapia.
4. Le funzioni professionali del SPT sono assegnate a personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, ovvero a professionisti e studi professionali in regime di accreditamento e convenzione col Servizio Sanitario Nazionale.
5. Il SPT regola e definisce la presenza psicologica e gli interventi psicologici di tutela e promozione della salute e del benessere psicologico individuale e collettivo negli ospedali, nelle case di comunità, nelle articolazioni organizzative della medicina di cure primarie, nelle università, nelle carceri, nelle attività sportive, nelle strutture specifiche per l'accudimento dei più anziani, nei luoghi di lavoro, nei servizi sociali, nella gestione delle emergenze e, d'intesa e in coordinamento con il SPS di cui al successivo articolo 7, nell'istruzione prescolastica, primaria, secondaria e nella formazione professionale.
6. Ai Dipartimenti afferiscono tutti i ruoli psicologici delle Aziende stesse.
7. I Dipartimenti di Psicologia delle Aziende Sanitarie organizzano, coordinano e assicurano la continuità della presenza e della consulenza psicologica dei professionisti nei servizi ospedalieri e territoriali delle aziende stesse.

Art. 6

Istituzione della figura professionale dello Psicologo delle Cure Primarie

Ai sensi della lettera b-quinquies del comma 1 dell'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 come modificato dal comma 6, art. 12 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 è istituita la figura professionale dello Psicologo delle Cure Primarie, che opera a livello della «assistenza primaria» e della «integrazione sociosanitaria delle cure», nella prospettiva di una integrazione bio-psicosociale dei servizi di base per la cura e la promozione della salute e del capitale sociale.

Lo Psicologo delle Cure Primarie;

1. Svolge la sua attività in collaborazione con i servizi e i professionisti impegnati nelle cure primarie nei compiti di presa in carico della persona nel suo complesso, nella valutazione multidimensionale dei bisogni, nella definizione di piani personalizzati di inclusione, assistenza e cura e nell'integrazione dei servizi destinati alla persona in tutto l'arco della vita;
2. Espleta le proprie funzioni entro il SPT e in coordinamento funzionale con i medici di Medicina Generale, i pediatri di Libera Scelta e con i servizi socio-assistenziali del territorio;
3. Esercita le sue funzioni presso le Case di Comunità e nelle articolazioni organizzative della medicina di cure primarie. La presenza territoriale è legata agli standard di popolazione e al numero dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta in una proporzione che consenta la copertura completa della popolazione minorenni e maggiorenne.

Art. 7

Istituzione del Servizio di Psicologia Scolastica e della figura professionale dello Psicologo Scolastico

1. È istituito il Servizio di Psicologia Scolastica, rivolto all'istruzione prescolastica, primaria, secondaria e alla formazione professionale, afferente alla Rete Psicologica Nazionale e coordinato a livello locale con i dipartimenti del SPT.
2. Il Servizio di Psicologia Scolastica realizza le attività rivolte al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie con l'obiettivo di prevenire il disagio e il malessere psicologico e contribuire alla promozione delle competenze per la vita, promuovere interventi di orientamento scolastico, assicurare il supporto psicologico all'inclusione scolastica delle persone con disabilità, e interventi di supporto psicologico in situazioni di bisogni educativi speciali.
3. È istituita la figura professionale dello psicologo scolastico, cui vengono affidati compiti di supporto psicologico nelle istituzioni scolastiche, il cui profilo prevede un percorso di specializzazione universitaria nei termini previsti dal successivo articolo 9.
4. Il Servizio ha sede presso gli Uffici Scolastici Territoriali, e si articola a livello distrettuale, assicurando la presenza presso ogni Istituto di Istruzione prescolastica, primaria, secondaria e di Formazione Professionale, secondo una pianificazione che tenga conto di standard di popolazione scolastica, dei tassi di dispersione scolastica e della complessità dei bisogni educativi speciali rilevanti nel territorio di riferimento.
5. Il Servizio di Psicologia Scolastica si avvale di psicologi inquadrati negli organici del Ministero dell'Istruzione, e agisce in coordinamento col SPT nella determinazione delle modalità e dell'entità degli interventi in base al fabbisogno di salute e benessere

psicologico individuato dagli istituti scolastici, dai dipartimenti locali del SPT e dai servizi sanitari del territorio.

6. Il Ministero dell'Istruzione, in coordinamento con il Ministero della Salute e il SPT, implementa idonei percorsi di educazione alla salute e al benessere psicologico, alla sensibilità e all'emotività in tutte le scuole di ogni ordine e grado, tenendo conto anche delle forme di disagio psicologico dei bambini e degli adolescenti.
7. Con decreto del Ministro dell'Istruzione, di concerto con il Ministro della Salute e da adottare entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono definite le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione del presente articolo in coerenza con le altre previsioni della presente legge.

Art. 8

Coordinamento locale tra Servizio di Psicologia di Territorio e Servizio di Psicologia Scolastica

1. Il SPT e il SPS si coordinano a livello territoriale (provinciale, distrettuale o di ambito) in modo da assicurare un'integrazione delle prospettive di intervento di rispettiva competenza, per la tutela e la promozione della salute, del benessere, dei diritti e delle opportunità per l'infanzia e l'adolescenza a livello sociale, sanitario e educativo, confrontandosi e coordinandosi con i dispositivi di Piano di Zona di cui all' articolo 19 della legge 328/2000.
2. Il coordinamento territoriale di SPT e SPS condividerà un Piano Territoriale Triennale (Patto di territorio per la tutela, la promozione della salute, del benessere, dei diritti e delle opportunità per l'infanzia e l'adolescenza).
3. Il Piano Territoriale Triennale, di seguito PTT, costituisce il quadro di riferimento delle azioni dei servizi a livello territoriale.
4. Il PTT persegue il rafforzamento delle capacità di lettura dei comportamenti individuali e collettivi, anche attraverso il consolidamento o la creazione di strumenti di rilevazione e confronto, di dispositivi "epidemiologici" e di metodologie quanti-qualitative entro un quadro di coinvolgimento partecipativo che coinvolga i diversi soggetti istituzionali e territoriali.
5. Il PTT individua e definisce le linee di azione relative agli aspetti preventivi e di promozione della salute e del benessere emotivo, psicologico, relazionale sia dei minori, sia degli adulti e dei soggetti impegnati nelle relazioni educative e di cura.
6. Il PTT promuove una contestuale coniugazione delle prospettive di educazione e di cura entro cui organizzare gli interventi dei soggetti e delle istituzioni.
7. Il PTT integra e coordina le azioni volte ad assicurare l'inclusione scolastica e sociale delle persone con disabilità, anche in coordinamento con i servizi di neuropsichiatria infantile.

8. Il PTT attiva e sollecita la collaborazione tra SPT, SPS e le realtà educative e religiose del territorio, le offerte e i dispositivi culturali, sportivi, del volontariato e della varietà delle animazioni sociali.
9. Il PTT prevede un raccordo con le modalità di organizzazione e di presa in carico integrata dei dispositivi sociosanitari delle cure primarie.
10. Il PTT valorizza le risorse territoriali allestite per il supporto dei minori e per la promozione della salute e del benessere dell'infanzia e l'adolescenza.
11. Il PTT definisce la rete consulenziale integrata per la scuola, le istituzioni educative, le famiglie, il terzo settore e le agenzie formali e informali del territorio mettendo a disposizione professionalità consulenziali psicologiche, educative e sociali.

Art. 9

Formazione

1. Le Università, sentito il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, adeguano i percorsi formativi nei Corsi di laurea abilitante in Psicologia, nelle Scuole di Specializzazione Universitarie e nei Corsi di alta formazione (corsi di perfezionamento e master di I e II livello) alle previsioni della presente legge e alla legge 11 gennaio 2018 n. 3.
2. Le Università istituiscono specifici percorsi di specializzazione post lauream per la Rete Psicologica Nazionale abilitanti le funzioni professionali previste per il SPT e il SPS e, in particolare per le figure dello Psicologo delle Cure Primarie e dello Psicologo Scolastico, nell'ambito degli attuali ordinamenti delle Scuole di Specializzazione, potenziando le attività di docenza e ricerca legate alla formazione universitaria di terzo livello.
3. Il piano degli studi si riferisce, con appropriate integrazioni, all'ordinamento delle Scuole di Specializzazione in Psicologia (riordino degli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area psicologica, Decreto MIUR n. 50/2019).
4. Potranno accedere a questo livello di formazione universitaria i laureati magistrali in psicologia, abilitati all'esercizio della professione, previo superamento delle prove di ammissione previste dagli ordinamenti universitari.
5. Le lezioni teoriche e metodologiche nei settori scientifico disciplinari previsti dagli ordinamenti sono effettuate in percorsi didattici a cura delle Università. Le attività pratiche e professionalizzanti e le supervisioni alla formazione psicoterapeutica vengono effettuate con riferimento specifico alle azioni previste nel SPT, nelle Case di Comunità e nelle AFT, ovvero nell'SPS, negli Istituti e negli uffici scolastici e della formazione professionale a cura delle Università anche con il concorso delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, degli uffici scolastici regionali e provinciali e della rete formativa costituita dai servizi e presidi ospedalieri, dipartimentali e distrettuali, ivi compreso l'SPT e l'SPS.
6. La formazione dello psicologo specialista implica la partecipazione guidata (tirocini professionalizzanti) alla totalità delle attività psicologiche presso il Servizio di

Psicologia del Territorio, le Aziende Sanitarie Locali, le Case di Comunità e le articolazioni organizzative della medicina delle cure primarie, presso il Servizio di Psicologia Scolastica, gli Uffici scolastici territoriali, gli istituti di istruzione prescolastica, primaria e secondaria e presso la formazione professionale, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e/o consulenziali nell'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore, d'intesa con la direzione sanitaria e con dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie degli istituti scolastici e di formazione professionale presso cui si svolgono le attività. I tirocini si avvalgono di un tutorato a cura di docenti dell'Università, di personale delle ASL convenzionate e di personale dirigente delle Amministrazioni e degli Istituti Scolastici e della formazione professionale con specifico curriculum e comprovata formazione psicologica e nei settori scientifico-disciplinari previsti dagli ordinamenti delle Scuole di specializzazione.

7. In analogia a quanto previsto dall'art. 40 comma 1 del D.Lgs. 368/99 per gli specializzandi in Medicina, anche per gli Psicologi in formazione universitaria nei percorsi di specializzazione post lauream per la Rete Psicologica Nazionale, impegnati in formazione nel Servizio di Psicologia di Territorio e nel Servizio di Psicologia Scolastica, l'impegno richiesto è pari a quello previsto per il personale del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno, complessivamente 38 ore settimanali.
8. Per tutta la durata legale dei corsi di specializzazione di cui ai commi 2 e 8 del presente articolo, è corrisposto, agli psicologi in formazione specialistica universitaria, un trattamento economico annuo onnicomprensivo, i cui termini saranno stabiliti con apposito Decreto. Lo specializzando, ammesso ai Corsi, verrà contrattualizzato per la durata dell'intero percorso formativo, con un compenso stabilito d'intesa tra il ministero della Salute, dell'Istruzione e delle Finanze.
9. Il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, determinano con uno o più decreti il fabbisogno stimato e ponderato dei corsi di specializzazione post lauream di cui all'art 2 e 8.
10. Gli psicologi del Servizio di Psicologia del Territorio, gli Psicologi delle Cure Primarie e gli Psicologi scolastici in possesso del titolo di Specializzazione universitaria che avranno accesso ai ruoli previsti nelle Amministrazioni di appartenenza, avranno un inquadramento analogo e un trattamento economico commisurato a quello attualmente previsto per gli Psicologi nel Servizio Sanitario Nazionale.
11. Il coordinamento delle attività di formazione potrà essere assicurato da un Comitato tecnico-scientifico composto da rappresentanti dei Direttori delle Scuole di Specializzazioni in Psicologia, da un rappresentante dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, da un rappresentante del Ministero della Salute e del Ministero dell'Istruzione.

Art. 10

Istituzione del fondo permanente per il voucher psicologo

1. È istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze il "fondo permanente per il finanziamento del voucher-psicologo" destinato a finanziare l'accesso diretto all'accompagnamento psicologico ovvero alla psicoterapia.
2. All'art.1/quarter, comma 3, della legge n. 15/2022 le parole "fruibili presso specialisti privati regolarmente iscritti nell'elenco degli psicoterapeuti nell'ambito dell'albo degli psicologi. Il contributo è stabilito nell'importo massimo di 600 euro..." sono sostituite con "fruibili presso professionisti iscritti all'albo degli psicologi o iscritti agli elenchi speciali degli psicoterapeuti nei rispettivi albi di cui alla legge 56/1989. Il contributo è stabilito nell'importo massimo di 1500 euro...".
3. All'art.1/quarter, comma 4, della legge n. 15/2022 le parole "e a quelli derivanti dall'attuazione del comma 3, pari a ulteriori 10 milioni di euro per l'anno 2022,..." sono sostituite con "e a quelli derivanti dall'attuazione del comma 3, pari a ulteriori 50 milioni,...".

Art. 11

Disposizioni finanziarie

1. Ai nuovi o maggiori oneri finanziari derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede:

Art. 12

Clausola di salvaguardia

1. Le disposizioni della presente legge sono applicate nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

* * *

Alla base della proposta di legge c'è la visione del cittadino come portatore di "diritti psicologici" legati allo sviluppo del capitale umano individuale e collettivo, al dispiegarsi delle potenzialità e risorse soggettive, alla tutela del benessere psicologico sia come diritto privato e individuale, sia come elemento di interesse generale della comunità nazionale e delle comunità particolari nelle quali si svolge la vita dell'individuo.

Questi diritti psicologici non sono a tutt'oggi pienamente riconosciuti e non trovano corrispondenza in una sistematica e tempestiva capacità di risposta in servizi pienamente accessibili e sufficientemente diffusi nelle varie realtà nazionali e locali. Tale insufficienza contrasta con una

crescente domanda di psicologia nella società e con la diffusa percezione che essa impedisca il pieno esercizio del diritto alla salute, all'eguaglianza e allo sviluppo personale e sociale, sancito dalla Costituzione.

Tutto questo ha purtroppo trovato in modo drammatico conferma nel grave incremento delle forme di disagio psicologico durante la Pandemia Covid-19. Uno studio di Lancet parla di 53 milioni di casi in più di depressione maggiore (+28 per cento) e 76 milioni di casi in più di disturbi d'ansia (+26%) nel 2020. In Italia la situazione non è diversa. Con la pandemia questo disagio è aumentato di oltre il 25 per cento per i disturbi come ansia e depressione.

L'incidenza è cresciuta in maniera impressionante. Si è arrivati al 20 per cento della popolazione interessata da disturbi più o meno gravi, si tratta ormai non più un problema individuale ma sociale.

La questione riguarda in particolare i giovani under 40, ma è trasversale alle classi economiche.

Né va sottaciuto che fenomeni di isolamento, ritiro sociale, spaesamento, depersonalizzazione, esaurimento emotivo hanno attraversato pressoché tutte le classi di età, le diverse posizioni sociali, spesso intrecciandosi con fragilità economiche e culturali, amplificando le sofferenze psicologiche di chi è colpito da condizioni sfavorevoli, come le cronicità sanitarie o le varie forme di vecchie e nuove povertà. Anche per questo vi è chi al concetto di pandemia affianca quello più pervasivo di "sindemia", riconoscendo che la gravità della malattia e i suoi gravi riflessi psicologici si affiancano alle condizioni di disagio e fragilità "non trasmissibili", ma fortemente radicati nei panorami di ineguaglianza socioculturale.

La pandemia peraltro, è ormai riconosciuto, ha acuito e "slatentizzato" forme di disagio che sono spesso espressione e si accompagnano ad una crescentemente diffusa percezione di vulnerabilità sui piani individuali e collettivi e ad una "insoddisfazione per la vita" legata ad un senso di precarizzazione e frustrazione dei progetti di vita a livello individuale e collettivo.

Il riconoscimento e la percezione di una vulnerabilità diffusa e penetrante chiama in causa l'esigenza di un nuovo umanesimo centrato sulla persona umana, non più come individuo isolato, ma come soggettività in relazione, interconnessa e interdipendente, situata in contesti ed entro dinamiche di riconoscimento, oltre che di distribuzione e allocazione di beni. Talora prende rilievo per la salute e il benessere delle persone la loro appartenenza a gruppi vulnerabili e subalterni che divengono oggetto di forme di istituzionalizzazione, esclusione e oggettivazione delle vulnerabilità.

Queste tensioni rendono evidente che la salute intreccia i diritti psicologici ad un'esistenza piena, consapevole e responsabile e il diritto a ritrovare supporto e solidarietà entro le relazioni interumane impegnate nei processi di cura che possono sostenere o, al contrario, indebolire la "capability" di prendersi cura di sé stessi, degli altri e del mondo.

Possiamo ben pensare che questo intreccio costituisca ciò che caratterizza e qualifica (o che mette in discussione) l'insediamento delle persone e dei gruppi, nelle diverse età della vita e nei propri territori vitali ed è a questo livello che prendono consistenza sia i problemi della salute individuale e collettiva, sia le risorse che possono aiutare a fronteggiarli e a promuovere e migliorare le prospettive di vita e benessere personale e sociale. Ed è allora nel territorio che si rende pienamente e concretamente percepibile che la salute (come afferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2011) consiste nella "capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive".

Negli ultimi decenni del XX secolo, le strategie di ricerca e le pratiche d'intervento sulla salute si sono progressivamente emancipate dalle prospettive esclusivamente centrate sulla persona e sul

“modello malattia”, per affrontare nuovi e più complessi territori in cui fattori socio-economici, demografici, culturali e ambientali condizionano le politiche sanitarie e influenzano le scelte di salute sia a livello personale che collettivo. È in questa direzione che, dal 1974, l’Organizzazione Mondiale della Sanità, introducendo il concetto di Health promotion basato su un approccio bio-psico-sociale, ha incoraggiato sistematicamente la ricerca di nuove e diverse strategie per il miglioramento della salute, dall’educazione dei singoli alla realizzazione di cambiamenti a livello della comunità e dell’ambiente.

Questo rappresenta uno slittamento dal trattamento delle malattie alla promozione del benessere e della consapevolezza, dalla centralità del sintomo e della menomazione alla complessità multicausale dei fattori e delle risorse di salute, dalla focalizzazione sull’individuo isolato alla complessità delle relazioni interpersonali, sociali e di comunità, dal posizionamento passivo del “paziente”, al riconoscimento di una capacità umana di costruire significati e narrazioni, promuovendo cambiamento sia a livello individuale che collettivo.

Per queste ragioni, la salute oggi acquista nuovi e diversi significati quando intreccia la complessità dei luoghi del quotidiano, sia gli spazi della cura e dei servizi, sia i territori più ampi e diversificati delle relazioni interumane nella società civile, nella città, nei luoghi di lavoro, nelle scuole, in cui, appunto, la salute “ha luogo”. I luoghi che “attraversiamo” ogni giorno si possono quindi configurare come spazi di dialogo all’interno dei quali - grazie all’intreccio di relazioni interpersonali, inter-gruppali e inter-istituzionali - emergono voci, valori, esperienze, idee, simboli, culture, identità e storie di vita che possono sollecitare la comprensione di fenomeni psicologici, comportamentali e socio-culturali che concorrono anche alla costruzione di molteplici visioni di salute.

Il Covid-19 ha dunque reso evidente che uno sguardo parziale alla salute è insufficiente a vincerne l’impatto critico e ha imposto l’urgenza di integrare le risposte sanitarie e sociali con una riorganizzazione della loro presenza nel territorio, un riavvicinamento ai bisogni e al diritto alla cura delle persone nella comunità e un’attenzione diretta ed esplicita, professionalmente organizzata, ai bisogni psicologici della popolazione. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), promuove una riorganizzazione della sanità territoriale, pensata come insieme organizzato di servizi in cui il cittadino può trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o socio-sanitarie.

Promotrice di un modello di intervento multidisciplinare, la sanità territoriale diviene luogo privilegiato per la progettazione di interventi di carattere sanitario, sociale e socio-sanitario. Costruire una realtà organizzativa con queste caratteristiche significa attivare processi di ricomposizione e integrazione delle risorse, delle conoscenze, dei servizi e degli interventi con tutte le realtà presenti nel territorio a partire dalla rete di offerta sociale, civica e educativa. A questa fondamentale azione di riorganizzazione sanitaria e sociale è ora ancor più necessario garantire la puntuale e non rinviabile attenzione e integrazione con la cura e la promozione delle dimensioni psicologiche così strettamente intrecciate con le vicende della salute individuale e collettiva.

Questa consapevolezza impone, nel campo della salute e della promozione dello sviluppo umano e sociale, un’alleanza conoscitiva e pratica tra «operatori del sapere» sociale e «operatori della cura» in cui ciascuno sia chiamato a ripensare il «proprio sapere disciplinare e le proprie pratiche di intervento» in una trama di collaborazione e di incontro multi e transdisciplinare. In questo contesto il «discorso» sulla salute si propone come un campo semantico e fenomenologico particolarmente complesso, che intreccia in molti modi i domini della vita, delle relazioni interumane, dei posizionamenti sociali, delle prospettive di sviluppo e delle sofferenze umane. In particolare,

salute fisica, mentale e sociale non sono separabili e sono intrecciate con lo sviluppo umano e con il benessere, non solo con l'assenza di malattia.

Anche la sofferenza, la patologia si presenta sempre in modo complesso e inestricabile, come intreccio di fattori biologici, psicologici e sociali entro la varietà degli sfondi culturali e ambientali. Anche la salute psicologica non è «assenza di malattia» e si radica innanzitutto nei processi di individuazione, socializzazione e relazione a livello interpersonale, familiare, sociale e di comunità.

La salute «globale» della persona è allora affidata alla promozione delle capacità cognitive, affettive, emotive, relazionali, sociali e di autoregolamentazione, insieme alla capacità di «essere nel mondo» insieme ad altre persone, volto a migliorare le opportunità e la coesione sociale, in un rapporto conviviale, cordiale e consapevole con l'ambiente e le altre forme di vita (questa è «l'altra faccia» della One Health proposta dall'OMS).

Tutto questo viene sia «prima» che «dopo» la presa in carico nei processi di «cura» e richiede che la cura stessa si intrecci con la «care» inclusiva, attivando reti dialogiche e di accoglienza nelle comunità, evitando di «saldare i sintomi alla persona» e valorizzando solidarietà, fratellanza e compassione.

La cura va iscritta in questa dimensione e non segregata nella contenzione fisica o farmacologica o nelle pratiche della mera «riduzione del danno». La saldatura tra le dimensioni «psicologiche», «sociali» e «sanitarie» in una prospettiva globale e non semplicemente intersettoriale è il primo passo per assegnare alla prospettiva di comunità la responsabilità primaria nella gestione della salute personale e sociale, verso cui i «servizi» devono riorganizzare il proprio sguardo e le proprie competenze.

A fondamento di questa prospettiva si pone il principio di un “diritto psicologico” che costituisce parte integrante del diritto alla salute e che trova implicito riferimento trasversale anche nella Carta Costituzionale. Il concetto di “diritti psicologici”, intesi in base alle conoscenze attuali sul ruolo della dimensione psicologica per la vita umana, rimanda infatti ai diritti previsti dalla nostra Costituzione. In particolare:

- *“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale... È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”. (art. 3)*
- *“La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.”. (art. 4)*
- *“La Repubblica protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo. (art. 31)*
- *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”. (art. 32)*

Pieno sviluppo della persona umana, protezione della maternità, infanzia e gioventù e tutela e promozione della salute – solo per citare alcuni tra i possibili riferimenti costituzionali sono concetti

che non si realizzano e non si concretizzano senza l'adeguata attenzione agli aspetti psicologici della realizzazione del sé singolare e plurale.

La «cura» nelle sue dimensioni psicologiche e bio-psico-sociali non si esaurisce solo nel «trattamento» e «prevenzione» delle malattie, ma significa soprattutto promuovere salute e capacità, empowerment, benessere e partecipazione a livello individuale e collettivo.

Una sanità territoriale (e non solo) orientata alla promozione della salute è una sanità partecipata e condivisa, in cui le persone e le comunità sono tenute presenti e coinvolte attivamente e sistematicamente nella gestione della salute, dello sviluppo personale e sociale.

Una sanità territoriale di questa natura deve saper coniugare accessibilità, tempestività, efficacia anche alle prestazioni e alle professionalità psicologiche e psicosociali e deve saper integrare questa prospettiva con le altre dimensioni della cura e della promozione umana e sociale nei territori.

Per far fronte a queste sfide, crescentemente complesse, si propone di costruire una diversa presenza psicologica nella società che parta dalla prevenzione del malessere e dalla promozione del benessere e del capitale umano, individuale e collettivo.

Cinque i pilastri della nostra proposta: la rete psicologica territoriale, lo psicologo di base, lo psicologo scolastico, la formazione e il bonus psicologo.

Interventi che si intersecano e si potenziano reciprocamente, integrando l'investimento pubblico e privato in una logica che punta ad ampliare il ricorso al confronto e all'accompagnamento psicologico in più ambiti e in più declinazioni: dalla scelta personalissima di avvalersi di un terapeuta privato fino al confronto col professionista di comunità, passando per tutte le gradazioni di una presenza psicologica integrata e in dialogo con la realtà della quale si occupa.

La rete psicologica territoriale, la psicologia nelle cure primarie, l'accesso alle prestazioni psicologiche di base come punti cardine di un Servizio di Psicologia del Territorio.

Questa determinazione comporta una ridefinizione della responsabilità della psicologia nel sistema delle cure a livello territoriale: da un lato, naturalmente, agli psicologi impegnati nel territorio fanno capo interventi «in linea» con i compiti propri della professione nell'ambito della salute mentale, delle dipendenze e dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza, dei servizi consultoriali e per la famiglia, e così via. Dall'altro si richiede alla psicologia di assicurare «l'integrazione sociosanitaria degli interventi». Questo inevitabilmente comporta un riconoscimento e l'estensione del ruolo della psicologia nel sistema sociosanitario delle prestazioni e della cura ed esplicita la sua funzione, quantomeno, a livello di:

- presa in carico della persona nel suo complesso*
- valutazione multidimensionale dei bisogni*
- definizione di piani personalizzati di inclusione, di assistenza e di cura*
- integrazione dei servizi destinati alla persona.*

Alla responsabilità più consolidata nell'ambito dei dispositivi legati alla «salute mentale», si affianca una responsabilità della psicologia a livello delle «cure primarie» e della «integrazione sociosanitaria delle cure». Tra queste aree, peraltro, si deve riconoscere una stretta prossimità propria della visione biopsicosociale che caratterizza culturalmente ormai da tempo la professione psicologica.

Proprio questa funzione ampiamente biopsicosociale assegna alla psicologia compiti più generali di promozione psicologica e psicosociale nel territorio, che si collocano in uno scenario ecosistemico in cui le funzioni sociosanitarie lambiscono e intersecano quelle educative, di sviluppo di comunità, di promozione ambientale e più in generale di promozione della persona, della famiglia, dei gruppi nella comunità.

Ne risulta con tutta evidenza una accresciuta complessità delle funzioni e della responsabilità della psicologia che comporta inevitabilmente un adeguamento sia quantitativo, volto a coprire le nuove esigenze anche a livello degli organici aziendali, sia una rimodulazione organizzativa più appropriata che riconosca l'autonomia e la complessità dei compiti professionali entro il nuovo panorama socio sanitario nei territori e un rafforzamento dei dispositivi organizzativi che, pur nell'autonomia degli ordinamenti

Regionali, miri a sostenere l'autonomia dei Dipartimenti di Psicologia in seno alle Aziende Sanitarie Locali.

In particolare, in questo panorama, ai servizi sanitari, socio-sanitari, ospedalieri e consultoriali, ai servizi sociali, alle Case di comunità e agli psicologi che in essi operano, dovrà essere assegnata una pluralità di funzioni sanitarie e socioassistenziali, di inclusione sociale delle disabilità e delle diversità, di promozione educativa e scolastica, di sviluppo di comunità e dell'ambiente, di tutela delle marginalità gravi e assistenza carceraria, di promozione dell'attività motoria e sportiva e così via, agendo nel rispetto e valorizzazione delle responsabilità e delle titolarità naturali e sociali (familiari, educative, assistenziali, di promozione civica e animazione sociale) in ottica di comunità e di empowerment.

Centrale, in questa prospettiva, è l'istituzione della figura dello Psicologo nelle Cure Primarie, che dovrà agire presso le Case e gli ospedali di comunità, nelle AFT e presso i servizi sanitari e sociali che adempiono ai compiti di Cure primarie previste dall'ordinamento e dai LEA.

Occorre infatti assicurare la presenza degli psicologi in affiancamento e collaborazione con gli operatori sanitari, sociali educativi e, in primo luogo e soprattutto con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli assistenti sociali e gli educatori professionali, con uno sguardo attento alle risorse psicosociali nella comunità.

Si potranno così prefigurare forme di lavoro in équipes territoriali integrate che potranno contribuire a ridefinire mission e vision delle grandi organizzazioni della salute (e della malattia), non più come meri organizzatori delle prestazioni, ma come attori destinati a raccogliere e rendere disponibili strategie e politiche di salute e dialogo interumano.

Questo sforzo è teso anche a rendere abitabili forme di organizzazione nuove (in alleanza ad esempio col Terzo Settore) che saldino l'intervento a livello psicologico e multitrans-disciplinare con le istanze dal basso e le risorse sociali e politiche dei territori e ad attivare pratiche di attenzione e dialogo nella cura che sappiano accogliere e comprendere le tensioni nel quotidiano che caratterizzano la vita delle persone rendendo «abitabili» i (non) luoghi della diagnosi, della cura e della prevenzione, in cui prenda corpo e luogo una prospettiva di salute, un discorso aperto su e con la varietà delle soggettività e intersoggettività nelle pratiche sociali.

Lo psicologo delle Cure primarie attenderà sia a compiti direttamente implicati con le funzioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali (quali: partecipazione ad equipe integrate composte da MMG, Psicologo, Assistente Sociale, Infermiere di comunità presso le Case di Comunità e le AFT; partecipazione alla valutazione multidimensionale dei bisogni, alla presa in carico integrata e alla

definizione dei piani assistenziali socio-sanitari; integrazione sociosanitaria dei profili assistenziali; collaborazione alla definizione dei bisogni di assistenza domiciliare; sostegno psicologico e supporto alla compliance e all'engagement del paziente e delle famiglie nel percorso di cura, con particolare attenzione alle patologie croniche; accesso diretto dei pazienti per disturbi di lieve entità e raccordo con i servizi specialistici di diagnosi e cura (Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria, SerD, Servizi Dipartimentali di Psicologia, Consulenti Familiari) per la presa in carico di situazioni di maggiore complessità) sia a funzioni di supporto e consulenza psicologica nella comunità (quali ad es: collaborazione ai progetti e alle funzioni di promozione della salute in ottica di comunità e di prevenzione; collaborazione con i consulenti familiari, le NPIA, i servizi sociali per la promozione della salute nell'infanzia e adolescenza, per la tutela dei minori; collaborazione con la psicologia scolastica di territorio per la condivisione di patti educativi nel territorio; interventi sulla marginalità grave e in carcere; psicologia giuridica e giustizia riparativa; sviluppo di comunità, psicologia ambientale e dell'emergenza, supporto ai PGT; inclusione sociale, promozione della coesione sociale e welfare generativo; interventi per l'invecchiamento attivo e domiciliarità; promozione dell'attività motoria e sportiva)

Complementare a questa impostazione di una ampia ed estesa rete di supporto psicologico nel territorio è anche la stabilizzazione del cosiddetto "Bonus Psicologo" destinato a sostenere un accesso diretto alle prestazioni psicologiche a soggetti economicamente svantaggiati, anche presso gli studi di professionisti iscritti e certificati dall'Ordine degli Psicologi. Questa misura, nata come transitoria, mantiene per il momento una sua portata significativa, sia in attesa di una piena attuazione del SPT, sia come dispositivo volto ad assicurare maggior pluralismo scientifico-culturale negli approcci che caratterizzano l'offerta di sostegno psicologico nei territori.

Si ritrova entro questa prospettiva generale una peculiare attenzione alle realtà giovanili, alla promozione della salute per le bambine e i bambini, le ragazze e i ragazzi e alla istituzione di un autonomo Servizio di Psicologia Scolastica di Territorio, strettamente coordinata e integrata col Servizio di Psicologia del Territorio

Occorre prestare attenzione in particolare alle realtà giovanili, alle ragazze e ai ragazzi che sono stati profondamente attraversati con esiti difficilmente sostenibili dalle esperienze di isolamento e forzato ritiro sociale durante la pandemia. Tutto questo richiede che, all'interno della prospettiva territoriale che qui viene proposta per i servizi psicologici, nuova e più sistematica attenzione venga attivata per la promozione della salute e dello sviluppo personale e sociale nella scuola e verso le nuove generazioni.

Aspetti soggiacenti alle manifestazioni comportamentali di disagio sono le espressioni e forme di disagio che investono il corpo e le relazioni, accompagnate da isolamento, ritiro sociale e/o atti sia autolesivi sia di esibizione reattiva, come anche le espressioni di una evidente "insoddisfazione per la vita" più diffusa, drammatica sia quando si accompagna con atti auto ed etero-lesivi, sia quando, più spesso, si fa silenziosa e "normalizzata" o, meglio, "rassegnata".

La complessità di queste sofferenze inedite si iscrive in processi evolutivi in cui le tensioni e i "compiti di sviluppo" fase-specifici intrecciano sia un'accresciuta problematicità dello sfondo sociale, sia una diffusa percezione di indebolimento e frustrazione della capacità di orientamento, accoglienza e interlocuzione dei modelli "adulti", chiamati evidentemente ad un "cambio di registro" tanto necessario e urgente, quanto difficile da conseguire e realizzare.

Questi aspetti evidenziano una fisionomia multi e inter-problematica che non può essere affrontata con sguardi e interventi unicamente o prevalentemente medici, clinici o psicoterapeutici, ma

impegnano una visione biopsicosociale e richiedono una consapevolezza e una capacità di intervento transdisciplinare e multisetoriale.

Tutto ciò richiede in primo luogo:

- *una integrazione delle prospettive e degli interventi a livello sociale, sanitario, educativo e civico;*
- *il rafforzamento delle capacità di lettura dei comportamenti individuali e collettivi, anche attraverso il consolidamento o la creazione di strumenti di rilevazione e confronto di dispositivi "epidemiologici" e di metodologie quanti-qualitative, rigorose e tempestive, attuate entro un quadro di coinvolgimento partecipativo e riflessivo che coinvolga i diversi soggetti istituzionali e stakeholders territoriali, capace di parlare alle varie responsabilità civili e sociali e di raggiungere i protagonisti diretti dell'azione educativa (adulti e ragazzi);*
- *questo obiettivo deve aiutare a proiettare le condizioni di disagio, difficoltà e fragilità sugli sfondi dei "profili di comunità" in cui sia possibile intrecciare e valorizzare le diverse titolarità, responsabilità e risorse del territorio, costruendo spazi di elaborazione sociale, di lettura dei bisogni e progettazione di azioni che potrebbero configurare veri e propri patti educativi nel territorio;*
- *una forte attenzione strategica agli aspetti preventivi e di promozione della salute e del benessere "emotivo, psicologico, relazionale" sia di "bambini, ragazzi e ragazze", sia degli adulti e dei soggetti impegnati nelle relazioni educative e di cura;*
- *una consapevole coniugazione delle prospettive di educazione e di cura (cura di sé, cura degli altri, cura del mondo) entro cui convocare la varietà degli interventi e delle modalità d'azione e delle responsabilità dei soggetti e delle istituzioni;*
- *una focalizzazione sulle responsabilità condivise nel sostenere e promuovere competenze e skills cognitive e non cognitive, relazionali e sociali, emotivi e affettive (life skills) e diffusione "riflessiva" (non addestrativa) delle metodologie in grado di riversarle e intrecciarle entro i dispositivi educativi e di cura;*
- *l'integrazione e il coordinamento delle azioni volte ad assicurare l'inclusione scolastica e sociale delle persone con disabilità, anche in coordinamento con i servizi di neuropsichiatria infantile;*
- *una piena valorizzazione, attivazione e sollecitazione delle capacità resilienti e trasformativo delle istanze collettive e delle "risorse delle culture educative locali" (comprese quelle implicite delle realtà giovanili, di bambini e bambine, ragazzi e ragazze) che trovano espressione nelle scuole, nelle realtà educative e religiose del territorio, nelle offerte e nei dispositivi culturali, sportivi, del volontariato e della varietà delle animazioni sociali;*
- *la costruzione entro questa prospettiva educativa di una relazione diretta e di una compresenza delle istanze di accoglienza e ascolto, di presa in carico integrata entro i dispositivi sociosanitari delle cure primarie, valorizzando e indirizzando in questo senso anche i processi di costruzione delle "case di comunità", consentendo una tempestività e capillarità di attenzione e risposta "progettuale" alle manifestazioni di difficoltà e disagio, innanzitutto sostenendo e attivando reti familiari, sociali e di prossimità dei ragazzi e delle famiglie;*
- *valorizzazione delle risorse territoriali allestite per il supporto dei minori e per la promozione della salute e del benessere dell'infanzia e l'adolescenza, recuperandone l'esperienza e la capacità*

innovativa, sperimentata in una capacità progettuale cresciuta nei territori, a partire dalla Legge 285/85;

- allestimento, entro la prospettiva del “patto educativo di territorio”, di una rete consulenziale per la scuola, le istituzioni educative e i loro agenti di cambiamento (alunni, insegnanti, organizzazione scolastica, famiglie, comunità e territorio), che:

- 1) assuma connotati dialogici capaci di alimentare la composizione polifonica delle voci che caratterizzano l’universo della scuola e delle educazioni nel territorio, agendo da consulenti nella concretezza delle situazioni che caratterizzano quotidianamente la vita e le attività nella scuola e nel territorio, alimentando e sostenendo le voci e la varietà delle “life, cognitive e non-cognitive skills”,*
- 2) faciliti la formazione e la definizione di linee di intervento, ma anche e soprattutto la «implementazione in classe dei percorsi formativi (...) rivolti agli studenti, prefigurando anche modalità di valutazione della loro efficacia, e contribuendo alla verifica degli effetti della promozione delle competenze (...) sul miglioramento del successo formativo e sulla riduzione della dispersione scolastica e della povertà educativa» (AIP, 2022),*
- 3) aiuti insegnanti e educatori a comprendere e affrontare problematiche e dimensioni psicologiche che si incontrano necessariamente nelle dinamiche di relazione e di apprendimento che caratterizzano la vita scolastica,*
- 4) aiuti insegnanti e educatori a convocare e inserire nel proprio setting professionale e relazionale competenze orientate alla promozione della salute e dello sviluppo personale e sociale, competenze cognitive, comunicative e relazionali, emotive e di personalità,*
- 5) faciliti e rafforzi un atteggiamento positivo verso gli alunni e la collaborazione con le famiglie e la comunità, considerati come risorsa e non solo come fonte di possibili problemi,*
- 6) incoraggi a costruire supporto e collaborazione reciproca con i servizi territoriali e psicologici di base, anche per la presa in carico e gestione multidimensionale di eventuali situazioni più complesse, in cui i compiti di apprendimento e socializzazione intrecciano dinamiche e criticità a livello individuale, familiare e ambientale.*

Riguardo la formazione, le Scuole di Specializzazione Universitarie in Psicologia sono gli interpreti naturali di un percorso formativo di queste figure professionali.

Il percorso formativo universitario si caratterizza in modo unitario e integrato entro il quale si specificano itinerari e opportunità formative on the job destinate agli specifici obiettivi delle singole figure professionali.