



Bollettino d'informazione dell'Ordine degli

Psicologi

della Regione Emilia-Romagna

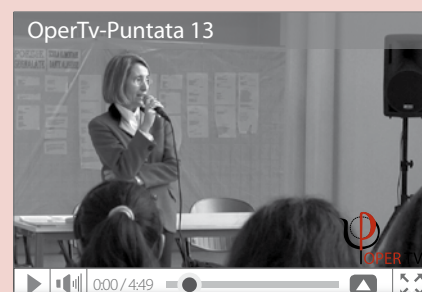


n. 1/2013



30 novembre 2012

Panoramica sulle novità normative più rilevanti per la nostra categoria contenute nel Decreto sulla Riforma delle Professioni, a cura del consulente legale dell'Ordine, Avv. Gualandi.



9 gennaio 2013

Iniziativa a sostegno delle popolazioni colpite dal terremoto: nell'ambito del progetto dell'USR "adotta una scuola" il Consiglio ha donato alla Scuola media statale F. Montanari di Mirandola il materiale necessario ad avviare alcuni laboratori di musica, video e fotografia.



Questo bollettino è stampato su carta certificata per ridurre al minimo l'impatto ambientale. (Forest Stewardship Council®)

I contenuti di questo bollettino sono disponibili anche sul sito dell'Ordine - www.ordpsicologier.it - in formato PDF. Se vuoi contribuire a ridurre al minimo l'impatto ambientale, invia una e-mail a redazione@ordpsicologier.it e richiedi di ricevere il bollettino esclusivamente in formato PDF (via e-mail).

In copertina: immagine liberamente tratta da Joan Miró - *Famille d'Oiseleurs*



La tutela dei minori tra novità normative e ricerche all'avanguardia

a cura di MANUELA COLOMBARI, *Presidente Ordine Psicologi Emilia-Romagna*

Carissime Colleghe, carissimi Colleghi,

sono diverse le iniziative nell'ambito della tutela dell'infanzia sulle quali il nostro Ordine sta lavorando in questo periodo e che desidero condividere con Voi.

Di particolare rilevanza la collaborazione che abbiamo avviato con il **Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Emilia-Romagna** nell'ambito della ricerca *"Percezione, diffusione ed interpretazione dell'istituto dell'affidamento al Servizio Sociale tra gli operatori delle Istituzioni deputate alla protezione, cura e tutela dell'infanzia"*.

Si tratta di un'indagine che trae origine dalla riconosciuta necessità di promuovere azioni ed interventi atti a superare alcune criticità emerse in casi di affidamento dei minori ai Servizi Sociali da parte dei Tribunali per i Minorenni sia in campo amministrativo quale misura rieducativa, sia in campo civile quale misura a protezione del minore stesso da incapacità genitoriali, trascuratezza, maltrattamenti e violenze.

In tale contesto, l'indagine si propone di valutare il ricorso e l'applicazione dell'affidamento al Servizio

Sociale in quanto istituto giuridico poco definito nella sua declinazione operativa e che, pertanto, si presta a differenti interpretazioni da parte delle Istituzioni e degli operatori preposti alla protezione, cura e tutela dei minori.

La ricerca – avviata nell'ambito di una Convenzione attivata tra il Pubblico Tutore dei Minori della Regione Veneto, il Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Lazio, il Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Emilia-Romagna, l'Università degli Studi di Padova e il Centro interdipartimentale di ricerca e servizi sui diritti della persona e dei popoli – si prefigge, in particolare, i seguenti obiettivi:

- 1.** valutare la dimensione quantitativa del ricorso all'Istituto dell'affidamento ai Servizi sociali da parte dell'Autorità giudiziaria minorile;
- 2.** rilevare e analizzare le attuali pratiche interpretative e attuative dell'Istituto dell'affidamento ai Servizi diffuse tra gli operatori del settore;
- 3.** rilevare e interpretare eventuali differenze sostanziali nelle declinazioni interpretative e

attuative presenti tra e all'interno dei diversi territori regionali interessati dalla ricerca;

4. costruire su base regionale un documento interpretativo comune sulla natura, i significati e le implicazioni operative per il lavoro sociale di tale Istituto giuridico;

5. promuovere, in base ai risultati conseguiti, idonee linee di indirizzo su base regionale con azioni di comunicazione e diffusione, nonché proposte di maggior definizione in ambito normativo.

Nel perseguimento dei suddetti obiettivi, il Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza della Regione Emilia-Romagna ha ritenuto opportuno coinvolgere altri soggetti istituzionali parimenti interessati alle finalità della ricerca interessando, tra gli altri, l'Università di Bologna, il Tribunale per i Minorenni della Regione Emilia-Romagna e il nostro Ordine.

L'iniziativa è stata accolta con grande favore dal Consiglio in quanto – oltre a costituire una valida occasione per instaurare collaborazioni interistituzionali tali da permettere anche per il futuro la creazione di sinergie atte a promuovere al meglio la tutela del benessere psicologico dei cittadini minorenni – può essere di grande interesse per i Colleghi, in particolare per coloro che sono direttamente coinvolti su incarico dei Servizi Sociali nei procedimenti di affidamento dei minori.

Sempre in materia di tutela dell'infanzia abbiamo messo in campo un'altra iniziativa, generata, questa volta, da un'importante novità legislativa: la ratifica della **Convenzione di Lanzarote per la protezione dei minori** contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, siglata il 12 luglio 2007 dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa, e



introdotta nel nostro Ordinamento con la Legge n. 172/2012 in vigore dal 23 ottobre scorso.

La Convenzione prevede, a tutela dei minorenni, un potenziamento della prevenzione e un parallelo inasprimento delle pene, introducendo, nello specifico, due nuovi reati: l'istigazione a pratiche di pedofilia e di pedopornografia (articolo 414 bis del codice penale) e l'adescamento di minorenni o *grooming* (articolo 609-undecies del codice penale).

Tra le varie modifiche, di particolare importanza per la nostra categoria vi è la riforma degli art. 351 e 362 del Codice di Procedura Penale, dedicati rispettivamente all'assunzione di informazioni da parte della Polizia Giudiziaria e del Pubblico Ministero. In pratica, infatti, per alcuni reati oggetto della citata Convenzione (es. riduzione in schiavitù, pedopornografia, prostituzione minorile, violenza sessuale o atti sessuali con minorenne, corruzione di minorenne, adescamento di minorenni ecc.) qualora si ritenga necessario procedere all'audizione di minorenne informato sui fatti (sia esso mero testimone o persona offesa), la Polizia Giudiziaria e il Pubblico Ministero sono tenuti ad avvalersi **“dell'ausilio di un esperto in Psicologia o in Psichiatria infantile”**. Indubbio il riconoscimento della nostra professionalità e delle peculiari competenze che possiamo mettere in campo



nel delicato ambito della tutela dell'infanzia che deriva da tale norma.

L'introduzione dell'obbligo ha indotto la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Bologna e la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Modena a rivolgersi al nostro Ordine allo scopo di potere acquisire, ciascuna, un elenco di circa 30 Psicologi, adeguatamente formati e in possesso di esperienza nel settore, che garantiscano reperibilità telefonica 24 ore su 24 e che, in caso di chiamata, si impegnino a recarsi immediatamente presso gli Uffici indicati per svolgere l'audizione del minore. Infatti, pur non trattandosi di incarichi conferiti di frequente, essi richiedono – per loro natura e per ovvie esigenze connesse all'espletamento delle indagini della magistratura – di essere prontamente eseguiti.

A fronte delle richieste delle Procure, il Consiglio ha deciso di raccogliere, grazie ad un apposito avviso di selezione, le manifestazioni di interesse dei Colleghi residenti o domiciliati nelle Province di Bologna e Modena che offrano la propria disponibilità a ricoprire tali incarichi.

I requisiti minimi richiesti sono:

- 1.** anzianità di iscrizione all'Albo pari ad almeno 3 anni;
- 2.** residenza o domicilio nella Provincia di Bologna (per l'inserimento dell'elenco della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Bologna) o nella Provincia di Modena (per l'inserimento nell'elenco della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Modena);
- 3.** assenza di procedimenti penali in corso o di sentenze di condanna anche non definitive;
- 4.** assenza di sanzioni disciplinari;
- 5.** adeguata formazione pari ad almeno 500 ore in materia di Psicologia dell'infanzia e

dell'adolescenza con particolare riferimento agli abusi e ai maltrattamenti sui minori o comprovata esperienza lavorativa nell'ascolto dei minori in ambito giudiziario.

È rilevante precisare che, nonostante l'indubbia importanza degli incarichi, la retribuzione è stabilita ai sensi del D.M. 30 maggio 2002 che prevede importi fissati sulla base del sistema delle cd. vacanze (una vacanza corrisponde a un impegno lavorativo di due ore ed il compenso è di € 14,68 per la prima vacanza e € 8,15 per ciascuna delle vacanze successive).

Sul punto, si ritiene opportuno chiarire perché mai – nonostante la misura francamente esigua del compenso individuato dalla Legge – il Consiglio abbia comunque ben compreso e condiviso la richiesta di specifici requisiti da parte delle Procure. Da un lato, infatti, si tratta di attività da esperire a supporto di indagini assolutamente delicate e complesse e, pertanto, il possesso di un'adeguata formazione e di un'ideale esperienza è una condizione irrinunciabile per evitare che siano ravvisabili nelle stesse aspetti (anche strumentalmente) attaccabili in sede processuale; dall'altro, si tratta di un'opera indubbiamente essenziale sia in un'ottica di tutela del minore sia in un'ottica di "Giustizia" che, come tale, costituisce una non trascurabile espressione della funzione dello Psicologo che, nell'espletamento di quello che più che un incarico lavorativo rappresenta un dovere civico e professionale, può (e deve) dare prova dell'importanza delle conoscenze e del ruolo sociale dell'intera categoria.



Il benessere psicofisico nella progettazione e realizzazione degli ambienti urbani, il nostro ruolo di Iscritti all'Albo Professionale

a cura di FEDERICO RICCI, *Psicologo e Consigliere del Comune di Modena*

Non è certo una novità quella che il benessere psicofisico venga continuamente minacciato da stress urbani, perché stupirsi allora che le Psicologhe e gli Psicologi possano avere un ruolo nel pensare la città, intervenire nella progettazione e nella realizzazione urbanistica, al fianco di altri professionisti da sempre specializzati in questo ambito?

Non si tratta certo di sostituirsi a geometri, ingegneri, architetti, per fare alcuni esempi, ma di affiancare queste figure, così come avviene o può avvenire attraverso il contributo di medici, commercialisti ed altri professionisti non tecnici.

Già da tempo a Modena, per esempio, vige la prassi, da parte dell'Amministrazione Comunale, di consultare, in merito a questioni urbanistiche rilevanti, il Comitato Unitario Permanente degli Ordini e Collegi Professionali della provincia di Modena.

La questione urbanistica è anche per noi, e per il nostro Ordine Professionale, di estrema concretezza; in questo momento nel territorio della nostra regione il 40% circa dei 347 comuni presenti in Emilia-Romagna si sta preparando a votare il nuo-

vo PSC (Piano Strutturale Comunale), quello che una volta si chiamava piano regolatore generale (PRG). Approvare questo documento significa, per ogni comune, definire il futuro urbanistico della città per i prossimi 20 anni.

Quale il ruolo delle Psicologhe e degli Psicologi?

In estrema sintesi la nostra professionalità può offrire un prezioso contributo nelle decisioni urbanistiche, sia nel metodo con cui arrivare all'approvazione del PSC, sia nel merito delle scelte che ogni Consiglio Comunale è chiamato ad assumere.

Quella del PSC è una decisione che non riguarda principalmente la città costruita, ma ha l'obiettivo di definire appunto il Piano Strutturale Comunale, ovvero le condizioni di vita delle persone che abitano all'interno della città, quelle condizioni che determinano effetti sulla salute psicofisica delle donne e degli uomini che intessono relazioni all'interno della città costruita, siamo quindi anche noi chiamati a contribuire alle decisioni che riguardano il benessere psicofisico delle cittadine e dei cittadini di oggi e di domani.



1• METODO

Una decisione politica centrale nella vita di tutti come il PSC, richiede la capacità da parte di ogni amministrazione comunale di coinvolgere i portatori di interesse, all'interno di percorsi partecipativi basati sul consenso più diffuso possibile.

A tal fine già molte amministrazioni in Emilia-Romagna hanno sviluppato pratiche in questa direzione, con maggior convinzione da quando è in vigore la Legge Regionale n. 3/2010 "Norme per la definizione, riordino e promozione delle procedure di consultazione e partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali" (<http://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/monitor.php?urn=er:assemblealegislativa:legge:2010;3>), tra i primissimi atti normativi in questo ambito in Italia. In questo senso noi possiamo avere un ruolo importante, perché questi processi richiedono professionisti capaci di intervenire in veste di facilitatori delle dinamiche decisionali interne ai gruppi, composti da portatori di interessi diversi. Guidare i gruppi a decisioni basate sul consenso, con arte maieutica, è parte della nostra professionalità riconosciuta. In queste settimane il Comune di Modena è impegnato in queste attività, all'interno del processo decisionale che porterà ad approvare il nuovo PSC, e a tal fine applica il metodo EASW (*European Awareness Scenario Workshop*). Una metodologia che nasce in Danimarca all'inizio degli anni '90, adottata ufficialmente nel 1994 e successivamente promossa e diffusa dal programma Innovazione della Commissione Europea per stimolare la progettualità partecipata, negoziata, consensuale e dal basso tra grandi gruppi di attori locali ([http://db.formez.it/fontinor.nsf/8804ae899ac04f07c12569f40030aaca/7E46BE600CCC77EEC125730E0046E78E/\\$file/guida%20progettazione%20partecipata.pdf](http://db.formez.it/fontinor.nsf/8804ae899ac04f07c12569f40030aaca/7E46BE600CCC77EEC125730E0046E78E/$file/guida%20progettazione%20partecipata.pdf)).

2• MERITO

Il Piano Strutturale Comunale ci chiama in causa, infatti l'art. 3 del nostro Codice Deontologico ci ricorda che "lo Psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano e utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità". Anche noi siamo portatori di interesse in questo ambito decisionale, ci preme contribuire ad una decisione che sia presa nell'interesse dell'individuo, del gruppo, della comunità, per promuovere condizioni urbane di benessere.

È esperienza della nostra professione, in campo clinico e sociale, constatare che le strade, la tipologia di edifici abitativi e la loro equilibrata integrazione con aree dedicate al commercio e spazi verdi costituiscono una condizione necessaria al benessere psicologico, formato da buoni stili di vita e da una sana aggregazione sociale.

Abbiamo avuto esempi in ogni città della Regione di aree urbane che, progettate secondo criteri ideologici e non scientifici, si sono trasformate ben presto in luoghi di disagio psico-sociale, circoscrivendo il malessere e facendolo incrementare nelle generazioni successive. Fa parte delle competenze dello Psicologo la possibilità di contribuire, nella progettazione di aree di vita urbana, a realizzare una sana relazione tra caratteristiche dell'*environment* e aspetti del tessuto sociale e culturale della comunità che si troverà ad abitarlo.

È evidente che una corretta amministrazione dovrà prendere in considerazione la minor spesa in termini di interventi sociali, sanitari e giudiziari consentita da una progettazione che tenga conto degli effetti dell'urbanistica sulla salute psico-sociale di comunità.

Ognuno di noi già oggi può partecipare al processo decisionale del PSC, arricchendolo con le pro-



prie esperienze professionali. A Modena questo è possibile, l'Assessore all'Urbanistica è disponibile e interessato anche al contributo del nostro Ordine Professionale e di ogni professionista che volesse partecipare con le proprie riflessioni qualificate.

Propongo quindi alcune riflessioni, estratte da "Urbanistica e buona convivenza sociale" (maggio 2009, con il patrocinio del Comune di Modena - Circoscrizione 1 centro storico San Cataldo, autori: **F. Ricci** presidente comm. urbanistica, **B. Longobardi** presidente comm. cultura, **R. Arnese** presidente comm. ambiente e viabilità).

Rispetto all'influenza che le strutture architettoniche hanno sul comportamento umano è sbagliato sia ritenere che gli aspetti fisici dell'ambiente determinino completamente il comportamento (determinismo architettonico), sia che essi non influenzino in alcun modo il comportamento.

Lo spazio non è solo un mezzo per le funzioni materiali, ma anche uno strumento per i valori sociali. Lo spazio controlla la forza e l'immediatezza della comunicazione e invia un messaggio sociale sul gruppo o la società che lo occupa (ad es. sugli stili

di vita e i valori). Gli esseri umani quindi, tramite una serie di adattamenti e di cambiamenti denominati "appropriazione", applicano il controllo fisico e psicologico sullo spazio. L'appropriazione include delle forme di interazione basate sull'occupazione o su un uso particolare dello spazio che provocano negli individui un senso di auto-affermazione rispetto al proprio ambiente, per facilitare certi incontri o evitarne altri.

L'etologia descrive il territorio come il bisogno fondamentale di tutti gli animali di avere a disposizione uno spazio e mantenere una certa distanza dagli altri. Questo concetto di territorio è stato applicato al comportamento umano. Il funzionamento del gruppo o della società può essere interpretato, in primo luogo, osservando la base territoriale che consente agli individui di esprimere il proprio istinto e che contiene una forma del suo equilibrio. Altri associano al territorio un luogo o una zona geografica occupata da una persona o da un gruppo che lo usa in un determinato modo, come proprietà privata che permette gli scambi, il lavoro o la via del rifugio. Il territorio, da questo punto di vista, implica l'appropriazione o la personalizzazione di uno spazio mediante segnali (per esempio una targhetta su una porta, un segno di possesso). Il territorio può essere anche definito come l'esistenza di barriere interpersonali, la cui violazione provoca varie reazioni di difesa quali aggressività, paura, disagio e ansia.

La territorialità quindi non è altro che un meccanismo che regola i confini tra noi e gli altri, e implica la personalizzazione e la demarcazione di uno spazio. Un territorio viene creato per tre principali motivi: per reagire a una presenza materiale o implicita degli altri, per rispondere alle caratteristiche ambientali e per soddisfare i bisogni emotivi.

Questo fenomeno è strettamente legato alla co-



municazione e alle regole della privacy e, conseguentemente, gioca un ruolo importante nelle interazioni e nel verificarsi di eventi conflittuali.

Il controllo territoriale è spesso inteso simbolicamente come personalizzazione o come mera occupazione dello spazio e gli individui reagiscono negativamente al profilarsi di una minaccia o di una perdita reale di controllo territoriale. Lo spazio personale e la territorialità sono entrambi meccanismi di regolazione della privacy. È probabile che chi condivide uno spazio si trovi a fronteggiare più situazioni conflittuali, data la minor possibilità di esercitare un controllo sull'ambiente circostante.

Sommer (1974) definisce la personalizzazione dello spazio come l'atto di decorare, modificare o allocare deliberatamente una certa impronta allo spazio da parte di chi lo usa, per riflettere i propri valori personali. Questo processo riconosce all'individuo un certo grado di libertà nell'adattare il proprio territorio o nel controllarlo. Inoltre, la personalizzazione dell'ambiente rivela lo stile di chi lo occupa, che può essere comunicato e influenza i rapporti con gli altri.

Il disegno e l'uso dello spazio fisico sono stati identificati come un motivo scatenante di conflitto. La gestione dello spazio, di conseguenza, dovrebbe essere una preoccupazione primaria in relazione alla capacità di regolare la loro esposizione agli altri e di formulare regole accettate di riservatezza assieme ai gruppi, quindi superando quel senso di impotenza e di comportamenti tesi all'evitamento dei segnali conflittuali che nulla portano in termini di efficacia.

Di un ambiente non si può essere osservatore, non ci si può distinguere da esso isolandosene, separandosi da esso. **Il soggetto è parte dell'ambiente che percepisce, in cui è calato, immerso, quindi può solamente esplorarlo.**

È l'individuo stesso che fissa i confini agli ambienti che incontra, nel modo in cui esplora.

Una sorta di vagabondaggio ed erranza, confondendosi con lo spazio circostante che diviene una dimensione vissuta e affettiva, cioè situata.

Un ambiente per piacere deve avere una certa complessità, cioè ricchezza di aspetti percettivi, promettendo un po' di mistero, senza andare a scapito della leggibilità (ambiente che sostiene). Un ambiente che facilita le azioni dell'individuo. La leggibilità di un ambiente prima di una risposta cognitiva provoca una risposta affettiva: sicurezza, sostegno, incoraggiamento all'azione.

Gli ambienti forniscono sempre più informazioni di quanto si possa elaborare, presentando informazione ridondante, carente, ambigua, conflittuale, contraddittoria. Anche per questo motivo gli am-

Certificato di Iscrizione all'Albo

*Informiamo tutti gli Iscritti che per presentare domanda di partecipazione a un concorso pubblico per Dirigenti Psicologi **non è necessario allegare il certificato di iscrizione all'Albo**, anche qualora sia espressamente richiesto all'interno del bando.*

Secondo l'art. 15 della Legge n. 183/2011 è, infatti, vietato alle pubbliche amministrazioni produrre certificati validi per altri Enti Pubblici.

*In base all'art. 46 del DPR 445/2000, occorre presentare una **dichiarazione sostitutiva di certificazione** nella quale siano precisati, oltre all'Albo di appartenenza, la data di iscrizione e il proprio numero di repertorio. L'Ente che ha bandito il concorso richiederà direttamente all'Ordine, in un secondo momento, l'accertamento di quanto dichiarato dall'iscritto.*



bienti non possono essere osservati passivamente, ma sono teatro dell'azione. L'ambiente ha in sé la proprietà di fornire significati simbolici e messaggi motivazionali che possono influenzare la direzione presa dall'azione. Il modo in cui si guarda l'ambiente è funzione di ciò che vi si fa.

L'esperienza passata insegna a comprendere l'ambiente in cui si vive e permette la costruzione di aspettative specifiche riguardo all'ambiente stesso. Si ritiene sia il confronto tra tali aspettative e i fatti che accadono a ognuno a fondare la valutazione soggettiva dell'ambiente e ad avviare azioni atte a rendere l'ambiente più simile alle proprie aspettative. Un ambiente personale, percepito, interpretato, trasformato dalle singole individualità.

Un attaccamento ai luoghi è sempre presente in ogni individuo, con modalità diverse nel corso del-

la vita. È più intenso nei periodi caratterizzati da maggiore dipendenza e minore competenza ambientale (ovvero minore controllo sull'ambiente). Nell'anziano, l'ambiente come luogo di ripensamento spontaneo al passato assicura il mantenimento della propria identità personale. Il riuscire a non perdersi, in circostanze in cui si soffre già per la perdita di importanti relazioni familiari e sociali. Lo stile dell'anziano sembra caratterizzato da attaccamenti di lunga durata, indipendenti dalle qualità estetiche e funzionali dell'ambiente, anche quando una casa deteriorata e scomoda può diventare una minaccia per la salute e la sopravvivenza. Le qualità umane e sociali del vicinato sembrano invece prevalere, rispetto alla presenza di servizi e risorse. L'esperienza acquisita da ognuno sul proprio spazio urbano è quindi funzione dei suoi apprendimenti, delle sue attività, del modo personale di percorrere la città.

È un dato confermato da molte ricerche che gli ambienti naturali, con la presenza di vegetazione e possibilmente di acqua, sono universalmente preferiti a quelli urbani, o comunque costruiti. Anche all'interno del paesaggio urbano, le strade fiancheggiate da alberi e cespugli verdi ricevono dai soggetti una valutazione affettiva più alta. La spiegazione teorica costruttivista riportata da Lyons (1983) ritiene che tale preferenza rimandi alla storia individuale, soprattutto alle attività di movimento e gioco all'esterno della casa che hanno caratterizzato infanzia ed adolescenza di molte persone. Dai ricordi degli adulti relativi alla propria infanzia emergono soprattutto i luoghi esterni alla casa e le attività sono in stretta interazione con l'ambiente naturale. Questa esperienza oltre a mantenere caratteristiche fortemente sensoriali, anche in memoria, è molto diretta e immediata, carica di affettività. Qui l'ambiente naturale è lo sti-

Attestato di Psicoterapia

Ricordiamo a tutti gli Iscritti abilitati all'esercizio della Psicoterapia che, su richiesta, è disponibile un attestato rilasciato dall'Ordine che documenta l'annotazione nell'elenco degli Psicoterapeuti.

*Il ritiro dell'attestato può essere effettuato di persona presso i nostri Uffici presentando una **marca da bollo da € 14,62**, previa richiesta al numero 051/263788 o all'indirizzo e-mail **segreteria7@ordpsicologier.it**, compilando l'apposito modulo pubblicato sul nostro sito web nella sezione "Per il professionista" alla voce "Come fare per" > "Richiedere l'attestato di Psicoterapia".*

Vi ricordiamo inoltre che, qualora desideraste ricevere l'attestato tramite posta, è necessario far pervenire anticipatamente ai nostri Uffici di Segreteria, unitamente alla richiesta, la marca bollo da € 14,62.



molo centrale e non, come può succedere in altre età, uno sfondo per eventi più rilevanti.

Il benessere psicofisico è continuamente minacciato dagli stress urbani (rumore, traffico, affollamento). Ulrich (1991) conferma che **un effetto di recupero investe le attività cognitive**, come il livello di attenzione, **ma anche lo stato emotivo**, quando l'individuo è **in presenza di un ambiente naturale**.

La percezione è un processo attivo nel corso del quale egli costruisce la propria percezione dell'ambiente, quindi il risultato finale è particolare per ognuno.

La percezione dell'ambiente non è unicamente funzione delle informazioni contenute nell'ambiente che costituiscono gli stimoli sensoriali, ma è anche funzione dell'individuo e del suo rapporto con l'ambiente. Numerose indagini hanno quindi esplorato le dimensioni psicologiche della percezione e, conseguentemente, della valutazione dell'ambiente. A queste si devono, però, aggiungere informazioni sui bisogni di cui ogni individuo è portatore rispetto all'ambiente circostante.

Allo stesso modo di quanto accade per l'attacco ai luoghi, uno stesso dato ambientale non è sempre stressante e non lo è sempre per tutti gli individui che vi si trovano esposti. Nel caso del rumore, come esempio di stimolazione potenzialmente stressante, le conseguenze possono essere positive (attivazione della vigilanza e aumento delle prestazioni) o negative (deterioramento del comportamento, frustrazione, aggressività).

Lo studio degli stress ambientali ha inoltre portato a individuare variabili intermedie, ritenute comuni a tutti gli stress ambientali, per spiegare l'insorgere degli effetti dello stress: a) sovraccarico mentale e conseguente elaborazione di strategie di adattamento (meccanismi di difesa); b) controllabili-

tà dell'ambiente e libertà di scelta (Graeven, ad esempio, ha dimostrato che il disagio soggettivo è meno netto per chi può accedere a un mezzo per controllare il rumore).

Questa breve argomentazione sugli stress ambientali si può quindi concludere sottolineando che la correlazione tra il disagio espresso dagli individui e le misurazioni fisiche - ad esempio del rumore - effettuate nella situazione in cui si trovano gli individui stessi, è sempre scarsa.

Nel caso del rumore una determinante importante del disagio è il confronto tra rumore reale e rumore che l'individuo si aspetta di sentire.

In conclusione mi rendo disponibile a raccogliere i contributi delle Colleghe e dei Colleghi che volessero esprimersi nel metodo e nel merito del PSC del Comune di Modena (<http://www.comune.modena.it/effettomodena/news/modena-creativa-e-concreta-2>); l'obiettivo ambizioso potrebbe essere quello di produrre un documento condiviso da inviare ufficialmente al Sindaco, così da collaborare professionalmente alla decisione finale.

A tal fine è possibile organizzare un incontro ufficiale con l'Assessore all'Urbanistica, per un approfondimento preliminare sullo stato attuale del PSC. Sono inoltre disponibile per chi volesse approfondire l'argomento in relazione all'approvazione del PSC in altre città.

Ringrazio il dott. Lorenzo Scaglietti, Dirigente Psicologo Ausl Modena, per il prezioso contributo professionale prestato alla stesura del presente articolo.

Federico Ricci si occupa di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, per contatti scrivere a: f.ricci1621a@ordpsicologier.it.



La relazione con il paziente tra strumento clinico e violazione deontologica

a cura di CHIARA SANTI, *Consigliera Ordine Psicologi Emilia-Romagna*

Uno degli articoli portanti del nostro Codice Deontologico è il 28, che si occupa essenzialmente della commistione tra vita privata e professionale. Talmente importante che persino la Corte di Cassazione lo ha definito un “principio cardine” della nostra professione (cfr. sentenza n. 25183 del 2007). Il suo contenuto entra nell’essenza di una delle violazioni più complesse e dannose, tanto da essere l’unico nell’intero Codice (al momento) che prevede un riferimento a uno specifico comportamento considerato come “grave violazione”.

I motivi di tale rilevanza dovrebbero essere chiari a tutti i Colleghi, eppure così non sembra se si considera che più di una volta è capitato di affrontare tale tematica in occasione delle riunioni Disciplinari del Consiglio a seguito degli esposti ricevuti. La violazione di tale articolo non è forse così frequente come accade per altri, ma – per sua natura – è purtroppo caratterizzata da una serietà e gravità molto maggiore sia in relazione ai comportamenti dei Colleghi sia rispetto alle conseguenze per i pazienti.

Ma perché, per uno Psicologo, è così importante evitare tale confusione fra più ruoli? Il motivo è

che ciò tende, in moltissimi casi, a generare un’interferenza con il proprio lavoro.

Questo non è vero per qualsiasi settore di applicazione, in cui l’alterazione del risultato è da valutare situazione per situazione, ma certamente lo è sempre qualora si entri nel campo clinico.

La ragione è semplice: lo Psicologo che svolga sostegno, diagnosi, cura, riabilitazione o Psicoterapia – di qualunque orientamento – tra i suoi strumenti di lavoro ha, come fondamento, la relazione.

Risulta evidente, quindi, che tutto quanto va a modificare, arricchire o deformare tale base incide necessariamente sui risultati conseguenti.

Tutto ciò, poi, non può non avere ricadute anche sull’immagine sociale della professione, poiché quanto scredita il singolo Collega finisce per essere facilmente esteso alla categoria nella sua interezza. Per l’utente danneggiato, infatti, sarà facile generalizzare il comportamento dannoso immaginando non che “il professionista XY” tenga comportamenti inadeguati, quanto che gli Psicologi tutti tendano ad agire con determinate modalità. Tanto più che per il cliente medio non è semplice poter riconoscere quanto ci si debba mediamente



te attendere da uno Psicologo.

L'ambito clinico, inoltre, laddove è più netto l'effetto deleterio di tale "invasione di campo", è proprio il settore nel quale più facilmente l'utente non ha gli strumenti necessari per notarlo e in cui dovrebbe essere maggiormente tutelato. Infatti, non solo si trova in una condizione di particolare fragilità e bisogno, che lo mette in condizione di accettare in modo maggiormente acritico ciò che proviene dal consulente, ma è spesso insito nelle dinamiche stesse che si instaurano nel rapporto paziente-terapeuta il desiderio di un rapporto più intimo e amicale con il proprio Psicologo.

Dinamiche che possono essere utilizzate o meno nel proprio lavoro, come strumento dello stesso, a seconda dell'approccio seguito, ma con cui certamente non si deve colludere.

A rendere ancora più difficile il riconoscimento, da parte del cliente finale, dei possibili effetti deleteri di tale comportamento concorre l'assenza in Codici Deontologici di altre professione (es. avvocati, ingegneri, architetti, ecc.) di un simile divieto, assenza motivata dal fatto che le conseguenze che ne deriverebbero sarebbero oltremodo differenti e – soprattutto in professioni non sanitarie – decisamente più (o totalmente) innocue.

Ne consegue che l'interdizione di rapporti intimi fra un cliente e il proprio consulente non rientra fra i precetti universalmente noti ed accettati, proprio perché limitata solo ad alcuni settori professionali. La violazione, e la sua gravità, risultano perciò difficilmente riconoscibili all'utente.

Per chi sia uso al linguaggio (e alla tecnica) Psicoanalitico, le motivazioni di tale obbligo sono più che evidenti. In parole come "transfert", "controtransfert", "proiezione", "identificazione proiettiva",

"neutralità analitica" ed altre ancora si riconoscono le ragioni sufficienti per non "inquinare" il setting lavorativo con rapporti che renderebbero le dinamiche operanti in studio – e fuori – di ben difficile individuazione, con conseguente impossibile analisi "obiettiva" delle stesse.

Ma la tecnica analitica non si differenzia, rispetto a tale pericolo, da altre pur molto diverse.

L'unica difformità è rappresentata da un corredo di termini e azioni che tendono ad individuare con chiarezza processi operanti anche in ambiti clinici differenti, nonostante, nella pratica, gli interventi possano essere estremamente eterogenei.

Infatti, che si utilizzino nomi o tecniche diversificate, che si affrontino i processi psichici sottostanti o solo i comportamenti visibili, nessun colloquio psicologico o psicoterapeutico, a qualunque

Come cancellarsi dall'Albo

*L'iscritto che desideri ottenere la cancellazione dall'Albo è tenuto necessariamente **a presentare domanda di cancellazione**, compilando l'apposito modulo - pubblicato sul nostro sito nella sezione "Per il professionista" alla voce "**Come fare per**" > "**Cancellarsi dall'Albo**" - e allegando la fotocopia di un documento di identità.*

Affinché la richiesta abbia seguito è necessario che l'iscritto sia in regola con i pagamenti di tutte le quote annuali di iscrizione dovute all'Ordine e che nei suoi confronti non sia in corso o in istruttoria alcun procedimento disciplinare o amministrativo.

La domanda può essere spedita tramite posta a:

Ordine Psicologi Emilia-Romagna

Strada Maggiore 24 - 40125 Bologna

*o, alternativamente, via fax al numero **051 235363***



orientamento esso si riferisca, può prescindere dalla base unificante, cioè la relazione, e dagli intrecci emotivi che essa apporta in questo peculiare settore applicativo della nostra disciplina.

Il cliente dello Psicologo in ambito clinico o dello Psicoterapeuta porta delle aspettative e dei desideri, dei bisogni e delle difficoltà, che lo pongono, sempre e comunque, in una situazione di dipendenza emotiva più o meno accentuata, la quale è alla base di un'inevitabile asimmetria del rapporto. Tale condizione, lungi dall'essere un problema (almeno per lo Psicologo), viene anzi spesso utilizzata come sostegno al proprio lavoro clinico; se ben governata dal professionista, la dipendenza è gestita sempre e comunque nell'ottica di un progressivo affrancamento dalla stessa attraverso un percorso maturativo e di progressiva autonomia.



Immagine liberamente tratta da Joan Miró, Constellations, 1959

Se queste sono le fondamenta della nostra professione nell'ambito sanitario, così come in tutti quelli in cui maggiormente influisce l'effetto della relazione come base e strumento di lavoro, non si può non comprendere come tale azione, portata ai suoi limiti estremi (relazione sentimentale/ sessuale) determini anche conseguenze estreme (disperazione, rabbia non controllabile, blocchi evolutivi, ecc.).

Che tale azione sia consapevole o inconsapevole da parte del professionista (cioè che vi sia un razionale intento di sfruttamento della propria posizione dominante o che si tratti di agiti legati a bisogni e dinamiche non elaborate del terapeuta) poco incide sul giudizio deontologico, in quanto il danno arrecato non subisce modifiche o attenuazioni. Anche perché non dobbiamo dimenticare che *"ignorantia legis non excusat"* e che lo Psicologo dovrebbe avvertire in sé il limite etico da non oltrepassare, il confine del suo corretto operare, laddove la forma scritta dovrebbe semplicemente rappresentare un "surplus", una facilitazione regolamentare che mette in parole ciò che è già interiormente chiaro a chi sceglie di dedicarsi a questa professione.

D'altra parte, non si tratta solo di un'ovvia violazione di una regola deontologica; nei casi più estremi, si arriva ad un vero e proprio reato, il che dimostra come tale negativa influenza sia talmente evidente da essere riconosciuta come invalidante non solo all'interno della nostra professione, ma anche in campo giuridico. Recita infatti una recente sentenza (Suprema Corte di Cassazione, sentenza n. 1600 del 23/1/2013): *"come Psicoterapeuta non poteva ignorare il problema del transfert e della sua intensità in pazienti compulsivi ed era in grado – o avrebbe dovuto esserlo – di valutare la situazione di vulnerabilità in cui si trovava R.E. e la conseguente condizione di dipendenza che veniva ad instaurarsi, vulnerando la capacità di liberamente determinarsi proprio a causa dello stato di inferiorità psicologica in cui si veniva a trovare (...)"*.

Le emozioni che il paziente porta in seduta non sono, naturalmente, un tabù. La differenza fra accettabile e inaccettabile è data dall'uso che se ne fa.



I sentimenti del paziente (e in taluni casi anche del terapeuta) sono positivi quando utilizzabili come strumenti di lavoro, ma non certo quando sfruttati dal professionista come mezzo per appagare i propri bisogni sentimentali/sexuali.

Come primo risultato, la commistione fra vita professionale e privata porta ad un'impossibilità di utilizzare quanto accade, da un punto di vista emotivo/relazionale, come strumento della terapia da parte del professionista, venendo meno, con questo, al suo compito ultimo, cioè il benessere del paziente. Questo, lo si ribadisce, indipendentemente dall'orientamento seguito e qualunque sia l'utilizzo che si fa delle emozioni del paziente, anche solo come mezzo facilitante l'alleanza di lavoro.

Non solo si riduce o annulla la capacità lavorativa dello Psicologo, ma la confusione dei ruoli da parte dell'utente porta ad altre conseguenze deleterie sia per la terapia sia per lo stato del paziente in sé e per sé.

Innanzitutto, riduce il suo spazio di autonomia, laddove gli aumenta la dipendenza e gli limita la sua possibilità di esprimere valutazioni e sensazioni in modo aperto e non contaminato da dinamiche aggiuntive a quelle del rapporto terapeuta-paziente. Ogni critica, ogni commento, ogni considerazione viene annullato o alterato nella sua espressione dall'intrusione di idealizzazioni, paure di ritorsioni in ambito amicale/sentimentale, difficoltà nel comprendere se la critica sia rivolta al terapeuta o all'amico/amante.

La libertà di espressione viene inevitabilmente coartata – anche inconsapevolmente – e il legame finisce per diventare talmente invischiante da sfociare o in un'innaturale idealizzazione o in una rabbiosa svalutazione. Sia ben inteso, tale distorsione opera non solo nel paziente, ma anche nel

terapeuta, anche se, magari, in forme differenti.

La situazione paradossale è che il peggioramento del paziente potrebbe da questo essere interpretato come un maggior bisogno dell'aiuto dello Psicologo amico/amante. Questo può arrivare a determinare un circolo vizioso che spesso si rivela una spirale distruttiva non solo per il paziente, ma persino per il terapeuta a cui la situazione è sfuggita di mano e che può sentire il bisogno, all'improvviso, di liberarsi della situazione "scomoda".

Non di rado, in effetti, i casi portati all'attenzione della Commissione Deontologica vi arrivano quando il rapporto intimo si è trasformato in un problema per il professionista che, al danno già maturato, vi aggiunge anche la beffa di un abbandono forzato e improvviso, con tutte le inevitabili ulteriori conseguenze del caso.

Ci tengo a sottolineare nuovamente come tale violazione avvenga più frequentemente e facilmente nel setting clinico, ma non se ne può escludere una presenza e un'incidenza anche in altri ambiti. In questi casi, probabilmente, la violazione risulta più diversificata e, a seconda di come tale commistione può condizionare la prestazione e/o può danneggiare il cliente, si configura o meno l'illecito. Se questo ci appare ben chiaro in ambito terapeutico, nondimeno non possiamo escludere un effetto negativo anche in altri settori. Immagino, per esempio, un caso in cui una selezione del personale svolta da uno Psicologo amico del committente possa portare quest'ultimo ad essere più manipolabile nei confronti di richieste che esulino dai limiti consentiti dal Codice Deontologico e da una corretta analisi basata esclusivamente su tecniche scientifiche convalidate. Il rapporto di amicizia, in qualunque campo avvenga, anche non clinico, rischia di inficiare l'atteggiamento obietti-



vo che lo Psicologo dovrebbe sempre mantenere nello svolgimento delle sue funzioni.

I casi che sono stati portati all'attenzione del Consiglio, comunque, si sono limitati finora all'ambito terapeutico, spaziando da contatti amicali più superficiali fino a vere e proprie relazioni sentimentali/sexuali.

In una circostanza, già accennata in un precedente articolo, la Psicologa aveva invitato la paziente ad incontri esterni, come una serata di teatro e una vacanza di qualche giorno in gruppo.

In altre situazioni più estreme, invece, si è arrivati a condizioni di frequentazione piuttosto intensa al di fuori dello studio. La commistione raggiungeva livelli tali da non limitarsi a un caso isolato, ma arrivando ad essere reiterata con differenti utenti

e con numerosi pazienti che afferivano allo stesso professionista, i quali erano in rapporto amicale (e a volte parentale) non solo con lo Psicologo ma anche fra di loro.

Più sottile ancora, l'interferenza operata in un altro caso in cui si era creato un rapporto intimo fra il professionista e la paziente, la quale aveva successivamente avviato una collaborazione lavorativa col professionista, con un passaggio e sovrapposizione tra i ruoli di paziente, amante e collaboratrice, senza alcuna apparente soluzione di continuità.

La difficile comprensione, da parte del paziente, del passaggio da un ruolo all'altro è una delle cause dell'effetto negativo che deriva da tale commistione. Spesso, in tali situazioni di mescolanza fra vita privata e professionale, il paziente stesso riporta la sua confusione in merito al comprendere cosa facesse parte della terapia e cosa del rapporto amicale/sentimentale, non riuscendo più a dividere i due aspetti. Non di rado, tra l'altro, è stato riportato come gli incontri che sfociavano in aspetti amicali/sentimentali/sexuali venissero anche pagati, in quanto intrecciati con aspetti di natura apparentemente professionale.

È abbastanza evidente come tale atteggiamento, oltre ad essere altamente nocivo e confusivo per l'utente, risulti anche utile al mantenimento del cliente in uno stato di dipendenza. Non essendo, in qualche modo, mai decretata, pur all'interno di un nascente rapporto amicale/sentimentale, la conclusione del lavoro psicologico, non si permette al cliente neanche la possibilità di sentirsi in uno stato di parità, di simmetria relazionale.

Allorquando dimentichiamo che è lo Psicologo che serve al paziente e non il paziente che serve allo Psicologo, ignoriamo il fine ultimo ed etico del nostro lavoro.

Novità sul sito web dell'Ordine Nazionale

Informiamo tutti gli iscritti che sono disponibili **nuovi servizi sul sito web dell'Ordine Nazionale (CNOP) www.psy.it**.

In particolare, **le procedure di richiesta e attivazione della PEC a disposizione degli Iscritti sono ora completamente online**; non è quindi più necessario stampare, compilare e inviare alcun modulo cartaceo.

Parallelamente, anche **le procedure di adesione ai vari protocolli d'intesa stipulati dal CNOP sono fruibili direttamente online**.

Inoltre, per ogni iscritto all'Albo è disponibile una **pagina web dedicata** in cui è possibile, anche per gli utenti, visualizzare le varie adesioni sottoscritte dallo Psicologo e i recapiti del professionista, se precedentemente inseriti. L'indirizzo dello studio professionale viene visualizzato sulle mappe del sistema Google Maps.

Precisiamo che i dati inseriti dal professionista vengono aggiornati nelle ore notturne e sono quindi visibili solo a partire dal giorno successivo all'inserimento/modifica.



Psicologo in farmacia?

a cura di GIULIO MIGNANI, *Presidente Ordine Farmacisti Rimini, coordinatore degli Ordini dei Farmacisti dell'Emilia-Romagna*

Da tempo ormai si discute, negli ambiti professionali degli Psicologi e dei Farmacisti, dell'opportunità per gli Psicologi di prestare servizio nelle farmacie territoriali. Questo il motivo del mio incontro con la Presidente dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna, volto a chiarire la fattibilità di azioni congiunte di entrambi gli Ordini Professionali al fine di strutturare un progetto condiviso da sottoporre sia alla Regione sia alle Aziende USL.

La questione è stata analizzata da diversi punti di vista e la conclusione che si può trarre evidenzia qualche difficoltà di realizzazione, sia dal punto di vista normativo sia da quello organizzativo.

Ma andiamo con ordine e vediamo la situazione normativa attuale.

L'attività di Professionista Sanitario è tutt'ora disciplinata dal T.U.LL.SS, il Testo Unico delle Leggi Sanitarie, legge di importanza fondamentale, benché risalga al 1934. L'art. 102 vieta il "cumulo di professioni sanitarie" per il Farmacista, che non può pertanto esercitare altre professioni, ma la giurisprudenza, nel corso degli anni, ha chiarito che il divieto di cumulo si applica anche alla farmacia.

Di conseguenza, dove un Farmacista presti la sua

opera professionale, non possono esservi altri Sanitari ad esercitare la loro. A meno, ovviamente, di specifici decreti che però al momento riguardano figure professionali diverse dallo Psicologo.

La Psicologia tuttavia, nonostante non sia menzionata dal T.U.LL.SS – in quanto nel 1934 la professione di Psicologo non era ancora riconosciuta come professione "a tutto tondo", quindi con un proprio Albo –, si trova al momento in una "terra di mezzo" visto che, ad esempio, è elencata da tempo tra le professioni sanitarie dal Ministero della Salute ed è in corso il pieno riconoscimento, che ha già visto un primo step nel passaggio della vigilanza sul Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi dal Ministero di Giustizia a quello della Salute.

A mio parere si può sostenere che, non essendo menzionati dal T.U.LL.SS, gli Psicologi possano esercitare in farmacia quantomeno fino al momento in cui la Psicologia avrà il pieno riconoscimento di professione sanitaria. Secondo altri pareri, tuttavia, è possibile anche un'interpretazione più restrittiva delle norme che regolano la presenza dei professionisti sanitari in farmacia.

Veniamo ora all'altro punto critico della questione



relativo all'opportunità di attuare un tale servizio. La farmacia sta cambiando radicalmente, spostandosi (purtroppo lentamente) verso il mondo dei servizi piuttosto che su quello della vendita di farmaci. Basti pensare alla recente Legge n. 69/2009 che istituisce o riconosce servizi come le analisi di prima istanza, le prenotazioni di visite, il ritiro dei referti. Sono comparsi, anche se in misura limitata, fisioterapisti, infermieri e cosmetologi. Gli Psicologi hanno fatto qualche fugace apparizione, ma non hanno mai trovato la via di una collaborazione continuativa. Perché? I motivi sono molteplici, ma – a parere di chi scrive – quello principale è l'impossibilità di dare un servizio permanente. È difficile che un servizio possa funzionare se presentato "a spot": l'utenza viene fidelizzata dalla

possibilità di recarsi in farmacia e trovare sempre quello che desidera, o almeno sapere che i servizi sono offerti con cadenza fissa. Organizzare giornate di consulenza richiede un notevole impegno per la farmacia che deve pubblicizzare l'evento e raccogliere le adesioni, senza che questo poi si traduca nella realizzazione di una nuova opportunità per la farmacia stessa.

Avrebbe forse qualche utilità per lo Psicologo, che potrebbe farsi conoscere presso un pubblico più ampio, ma non può essere questa l'unica utilità della collaborazione. Tralascio la necessità di spazi adeguati e riservati, essendo gli argomenti trattati anche piuttosto delicati, ma sottolineo come la farmacia debba mettere a disposizione risorse in maniera continuativa per offrire un servizio adeguato e garantire la continuità del servizio.

La delicatezza della materia di pertinenza dello Psicologo comporta più di qualche difficoltà nel proporre una consulenza al pubblico.

Ritengo perciò che, qualora si ritenesse di implementare un tale servizio, sia necessario realizzarlo in maniera organica: non uno Psicologo in una farmacia una volta al mese, ma un servizio offerto in maniera continuativa ed efficiente

Psicologo in farmacia? Parere legale

In riferimento alla possibile doppia interpretazione delle norme che regolano la presenza dei professionisti sanitari in farmacia, il consulente legale dell'Ordine, Avv. Sara Saguatti, rileva che, in effetti, la preclusione contenuta nel T.U.L.L.SS del 1934 che vieta il cumulo "tra l'esercizio della farmacia con quello di altre professioni e arti sanitarie" è stata intesa da molti, in maniera non certo forzata, come riferita alla sola "persona" del Farmacista che, conseguentemente, nei locali della farmacia stessa non può esercitare, in prima persona, "altre" attività di tipo sanitario. Aderendo a tale impostazione, non vi sarebbe alcun divieto per uno Psicologo di svolgere la propria attività nelle farmacie. Tuttavia, una simile interpretazione è stata in qualche modo "contraddetta" dal tenore letterale del combinato disposto del D.Lgs. n. 69/2009 e del D.Lgs. n. 153/2009, i quali hanno espressamente individuato tra le prestazioni sanitarie erogabili dalle farmacie **esclusivamente** quelle proprie delle professioni di **infermiere e di fisioterapista**. In altri termini, se l'art. 102 del citato T.U.L.L.SS già consentiva a persone diverse dal titolare della farmacia di svolgere nei relativi locali altre professioni sanitarie, che bisogno ci sarebbe stato di prevedere e disciplinare in maniera tassativa e puntuale (si veda il D.M. 16 dicembre 2010) che solamente infermieri e fisioterapisti possano erogare prestazioni sanitarie in farmacia?

In tale prospettiva, sia pure in un'ottica rigorosa e restrittiva, non è senza logica la posizione di chi sostiene che ai Farmacisti sia preclusa la possibilità di attivare interventi psicologici all'interno della farmacia stessa.

La Psicologia in ospedale: una risposta ai bisogni delle persone e del contesto

a cura di DAVID LAZZARI, *Presidente della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia e della Ass. Italiana di Psicologia Sanitaria e Ospedaliera*

Una battaglia in corso

I mass-media in questo periodo si sono occupati dello Psicologo in ospedale, sia per la battaglia che sta conducendo la categoria che per la risposta – evasiva, ma pur sempre una risposta – del Ministro della Salute pro-tempore Balduzzi. Questa vicenda nasce con la bozza di decreto sugli “standard ospedalieri” confezionata dal Ministero della Salute nel novembre 2012. Stiamo parlando di un provvedimento teso a razionalizzare l’offerta dei servizi ospedalieri, graduandola da ospedali di base fino a quelli di elevata specializzazione e stabilendo quali strutture e servizi debbano esserci ai diversi livelli. L’intento chiaramente è quello di uno snellimento della rete sulla base di una serie di criteri, come “appropriatezza”, “evidenze cliniche e scientifiche”, “qualità delle cure”, efficienza organizzativa.

Il fine ultimo: spendere meno facendo (magari) meglio ciò che serve. Quindi un intento ufficiale pieno di buoni propositi, che, come spesso accade, a volte nasconde altri criteri, come la tutela di rendite di posizione o tagli più o meno lineari.

Avendo avuto la ventura di leggere la bozza di decreto la mattina che era stata diffusa non riuscivo a

credere che non ci fosse una sola parola sulla Psicologia e gli Psicologi in un testo di decine di pagine. Quello stesso 8 novembre lanciavo un allarme via mail che veniva presto raccolto da molti Colleghi, tra i quali i vertici dell’Ordine, del Sindacato (Aupi) e di alcune società scientifiche. Il mio stupore non era eccessivo, perché prima della proposta degli “standard ospedalieri” di Balduzzi, questo nome veniva “storicamente” riferito al Decreto Ministeriale del 1988 dell’allora Ministro Donat Cattin.

Da allora sono passati ben 25 anni, ma la storia sembra andare indietro, perché in quel decreto gli Psicologi erano espressamente menzionati.

Ne riporto i punti:

*Articolo 3. B.5. Psichiatria. (...) nel quadro della necessaria integrazione multidisciplinare dell’unitario servizio di Psichiatria, negli organici del servizio sono previsti gli **Psicologi** in virtù della Legge 18 marzo 1968, n° 431 e successive integrazioni.*

*B.6. Unità Spinali: dato il rilievo che la qualità della vita assume in questo particolare tipo di Unità Operativa, l’organico base dell’Unità Operativa strutturata va integrata con la presenza di almeno n°1 **Psicologo**.*

F.4. (...) nel caso di Unità Operative specificamente dedicate alla lungodegenza va posta

particolare attenzione alla qualità della vita dei degenti: a questo fine va potenziato il lavoro di gruppo, coinvolgendo nell'attività assistenziale e di socializzazione figure professionali quali lo Psicologo.

Articolo 4. – Servizi Ospedalieri. 1. per i Servizi di diagnosi e cura, igienico-organizzativi e generali del presidio ospedaliero, le dotazioni organiche di personale determinate in applicazione degli standard di cui al presente art. 3 sono maggiorate come segue:

*A. Personale laureato, (Medici, Biologi, Chimici, Fisici, **Psicologi**...) – maggiorazione media regionale del 35% della dotazione organica complessiva di personale medico risultante dall'applicazione degli standard di cui all'art. 3, con oscillazione dal 25 % al 45 %, in sede di determinazione delle piante organiche dei singoli presidi, secondo la complessità degli stessi riferita anche all'intensità tecnologica, con obbligo di motivazione nel provvedimento di formalizzazione della pianta organica.*

L'Ordine, su impulso del Presidente Palma, e l'Aupi si sono mobilitati a livello nazionale e locale scrivendo al Ministro e alle Regioni per chiedere motivatamente la modificazione del testo. Il coinvolgimento delle Regioni è fondamentale perché il testo richiede l'intesa tra Stato e Regioni, in relazione alle competenze regionali in materia di Sanità.

A questo punto è necessario sottolineare tre punti fondamentali:

- 1. Non si tratta di una questione corporativa:** la posizione degli Psicologi non si basa su una mera difesa di posti di lavoro, legittima ma certo di parte. Si basa piuttosto sulla corretta applicazione di quei criteri di appropriatezza, evidenza e qualità che vorrebbero essere alla base dei nuovi standard.
- 2. Non è un problema di nicchia:** il problema potrebbe sembrare limitato a un contesto spe-

cifico, l'ospedale, sinora di interesse secondario per la categoria e quindi una battaglia molto specifica. Non è così. Se si dichiara che il criterio è la qualità delle cure, la migliore risposta ai bisogni dell'utenza e l'umanizzazione e non si prevede la Psicologia, si sta dicendo che gli Psicologi non servono per queste cose.

E l'ospedale è solo il primo dei decreti sugli standard delle cure...

3. Non è un problema peculiare degli Psicologi strutturati: come infatti il Ministro ha già risposto, nessuno pensa di cacciare gli Psicologi che già lavorano in ospedale. Non prevedere dei "Servizi di Psicologia" vuol dire però non dare dignità alla professione (dove dovrebbero lavorare gli Psicologi se non c'è uno specifico "contenitore"? Sempre dispersi, come gli ebrei erranti, nei reparti medici?) e non dare prospettive ai giovani laureati. Infatti, è bene saperlo, in Sanità sono i servizi e non i singoli ad avere voce in capitolo per proporre nuove iniziative e progetti, esigenze di assunzione o attivare altre forme di collaborazione.

Riprendendo la storia del decreto, va detto che Ministero e Regioni hanno fatto finta di non sentire sino a quando, cogliendo l'occasione di un convegno Aupi sui livelli essenziali di assistenza (marzo 2012), ho proposto di rilanciare la battaglia, sottoponendo ai diversi soggetti (Ordine, sindacato, società scientifiche) un "documento di consenso" sulla Psicologia Ospedaliera (ovvero ciò che fa e a cosa serve in base alle evidenze cliniche, scientifiche ed organizzative) e un appello rivolto a tutti da far sottoscrivere sulla rete per richiamare l'attenzione sul problema. Tutto questo è con consultabile sul sito "firmiamo.it/non-cancelliamo-la-Psicologia-in-ospedale-appello".



Oltre a quasi 8000 firme, vi è stata la solidarietà dei sindacati medici della Federazione Fassid (della quale fa parte l'Aupi), di diverse società scientifiche, di alcuni Ordini regionali (tra cui l'Ordine dell'Emilia-Romagna) e dell'Ordine Nazionale (come potete vedere sul sito). Molti mass media si sono occupati della cosa e, come dicevamo, anche il Ministro ha dovuto puntualizzare. Ma è evidente che ora la cosa è in mano al nuovo Governo e che la mobilitazione deve riprendere in pieno. Nelle pagine che seguono, non potendo trattare in modo esauriente un tema vasto come quello della Psicologia ospedaliera, presento alcuni argomenti che mi sembrano particolarmente significativi.

Le competenze dello Psicologo in ospedale

Le trasformazioni dei processi di cura e delle esigenze assistenziali in ambito ospedaliero, scaturite dal progresso scientifico e tecnologico e da una utenza più acculturata ed attenta, hanno comportato la crescente emersione di problematiche ed esigenze attinenti alla sfera della soggettività, delle relazioni, dei comportamenti, della comunicazione, della gestione dello stress, riferibili ai pazienti e ai loro familiari, così come agli operatori e alle strutture. Come risposta a queste tematiche emergenti, che sono state spesso – anche se riduttivamente – contrassegnate come “umanizzazione” e “personalizzazione” delle cure ospedaliere, si sono registrati significativi incrementi nel campo della ricerca, delle pratiche assistenziali, della formazione e – parallelamente – una specifica attenzione da parte delle politiche sanitarie.

Questa significativa mole di attività, che ha visto una inedita ma forte collaborazione a livello internazionale tra Medicina e Psicologia, ha portato alla evidenziazione dei vantaggi clinici, assistenziali – e,

più recentemente, economici – di una integrazione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione con l'inserimento mirato di specifici interventi di ambito psicologico. Da un lato vi è stato un progressivo inserimento – sulla spinta delle evidenze prodotte dalla ricerca e dalle esperienze sul campo – di questi aspetti nell'ambito delle Linee-Guida internazionali di tutte le principali patologie trattate in ospedale (es. Malattie oncologiche, Malattie cardiovascolari, Stroke e cerebrovascolari, Gravi traumi, Malattie pediatriche, Problematiche neonatologiche, Grande Obesità, HIV, malattie genetiche e rare, ecc.), dall'altro la messa a punto di interventi di natura psicologica sempre più specifici, efficaci ed efficienti.

Trasferimenti presso altro Ordine regionale/provinciale

*L'iscritto che desideri trasferirsi presso un altro Ordine territoriale deve necessariamente **presentare domanda di nulla-osta al trasferimento**, compilando l'apposito modulo - pubblicato sul nostro sito web nella sezione **“Per il professionista” alla voce “Come fare per” > “Trasferirsi ad altro Ordine”** - e allegando la fotocopia di un documento di identità.*

*Affinché la richiesta abbia seguito è necessario che l'iscritto sia in regola con i pagamenti di tutte le quote annuali di iscrizione dovute all'Ordine e che nei suoi confronti non sia in corso o in istruttoria alcun procedimento disciplinare o amministrativo. È inoltre necessario possedere **la residenza o un domicilio professionale nel territorio di competenza dell'Ordine a cui si desidera trasferirsi**.*

La domanda può essere consegnata di persona o spedita tramite posta a:

**Ordine Psicologi Emilia-Romagna
Strada Maggiore 24 | 40125 Bologna**



A livello internazionale e nazionale si è registrata una crescente attenzione su questi aspetti che ha portato allo sviluppo di un preciso ambito disciplinare – la “Hospital Psychology” – come sinergia tra discipline psicologiche (Psicologia clinica, della salute, del lavoro e delle organizzazioni, neuropsicologia) e specifiche esigenze dei contesti ospedalieri. Anche nel nostro Paese esistono oggi corsi di Psicologia ospedaliera in molti Atenei italiani, così come – a partire da alcune storiche e circoscritte esperienze – è ormai consolidata una prima leva di Psicologi ospedalieri e sta crescendo una nuova generazione di specialisti che ha potuto fare i propri tirocini annuali *pre e post-lauream* o di specializzazione in ambito ospedaliero.

Il *Board of Professional Affairs* dell'A.P.A. ha indicato, come aspetti di competenza di questa area:

a) le condizioni psicologiche secondarie a malattia fisica, **b)** la presentazione somatica di disfunzioni psicologiche, **c)** i disturbi con componenti psicofisiologiche, **d)** i sintomi fisici che rispondono a interventi comportamentali, **e)** le complicazioni so-

matiche associate a fattori psico-comportamentali, **f)** la presentazione psicologica di problemi organici, **g)** gli aspetti psicologici di procedure mediche stressanti, **h)** i fattori di rischio comportamentale per malattie fisiche e disabilità, **i)** i problemi relativi agli operatori ed al sistema sanitario (Belar 2009).

In questi ultimi decenni non è stato solo evidenziato il ruolo dei fattori psico-comportamentali per la salute, ma sono state messe a punto metodologie di valutazione e intervento specifiche, in particolare di psicoeducazione, riduzione dello stress, gestione delle emozioni, autoregolazione, sviluppo del supporto sociorelazionale (Christensen & Antoni, 2002; Petrie 2007; Belar 2009). Gli obiettivi di questi interventi sono molteplici, come la riduzione dello stress, migliorare la qualità della vita, fornire sostegno, potenziare le funzioni del sistema immunitario, sviluppare l'aderenza alle indicazioni sanitarie e l'alleanza terapeutica, ridurre la disabilità, aumentare le risorse personali, il senso di autoefficacia, le abilità di *coping* ed in generale le capacità di autogestione dei problemi di salute. La loro efficacia è stata dimostrata sperimentalmente da numerose ricerche, potendo così rientrare nell'ambito di una strategia *evidence-based* (Lazzari 2011).

In questa sede si propone la seguente sintesi per le attività di Psicologia ospedaliera:

a. aspetto psicologico nell'autogestione della salute e della malattia fisica (convinzioni, atteggiamenti e comportamenti della persona verso la propria salute e la malattia, i fattori psicologici che promuovono o alterano la salute, che contribuiscono alla malattia fisica e disabilità, e quelli che ne condizionano l'autogestione e il rapporto con le cure, qualità della vita legata alla salute ed alle cure);

b. aspetto psicopatologico in persone con problemi fisici (disagio psicologico subclinico, disturbi psichici presenti nella persona e correlati in vario modo alla malattia fisica, ovvero premorbosi o secondari alla stessa);

c. aspetto psicologico negli operatori sanitari (relazione, comunicazione e comportamenti, implementazione conoscenze aspetti psicologici degli atti sanitari e lettura aspetti soggettivi, lavoro di gruppo, gestione delle emozioni, dello stress e dei conflitti, ecc.);

d. aspetto psicologico nei *caregiver* e nei volontari (sostegno psicologico, relazione con le persone malate, gestione dello stress, delle emozioni e dei conflitti);

e. aspetto psicologico nei contesti ed organizzazioni sanitarie (fattori psicologici nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, appropriatezza psicologica e livello di integrazione degli interventi, apporto al governo clinico, a protocolli e linee-guida, *customer satisfaction*, qualità e rischio clinico, climi e salute organizzativa, ecc.);

f. aspetto psicologico nei sistemi e nelle politiche sanitarie (contributo delle competenze psicologiche alla definizione degli obiettivi, dei programmi, dei modelli organizzativi e delle politiche sanitarie).

Nella tabella sottostante uno schema delle principali attività della Psicologia sanitaria (intesa come ambito psicologico che si occupa dei problemi trattati tipicamente dai servizi sanitari in genere) e ospedaliera.

Come si può vedere, tali attività hanno come destinatari i cittadini, le persone con problemi di salu-

te, i *caregiver*, i medici e gli altri operatori sanitari, i volontari, le aziende sanitarie e le loro articolazioni nonché i sistemi sanitari nei vari livelli decisionali.

Per intervenire su questi aspetti sono oggi disponibili strumenti di valutazione validati, procedure di intervento efficaci, metodologie di progettazione e verifica. Gli ambiti di intervento sopra delineati rispondono in genere a filoni di studio, ricerca e applicazione abbastanza specifici ma hanno spesso molti elementi di sovrapposizione, sia nella natura dei processi che nella pratica applicativa. Questa sinergia risponde ad esigenze non solo tecnico-scientifiche ma anche di efficienza e di natura organizzativa. La promozione della salute, ad esempio, può essere fatta verso comuni cittadini ed allora si traduce in una attività di prevenzione primaria, ma può essere fatta anche verso persone che già hanno problemi specifici di salute (es. ipertensione, coronaropatia, diabete) o co-morbidità e complicanze da questi derivate (es. piede diabetico) e allora potremo classificarla come prevenzione secondaria o terziaria. La Psicologia sanitaria punta in ogni caso a valutare quali fattori psicologici motivano certi atteggiamenti e comportamenti piuttosto che altri più funzionali per la persona e ad



attivare delle strategie di cambiamento. Questo vuol dire aiutare la persona verso una ristrutturazione mirata, tramite sviluppo di consapevolezza, risorse ed abilità. Valutare e agire sugli atteggiamenti e comportamenti delle persone per renderli più funzionali può utilmente "sposarsi" anche alla valutazione dello stress o del disagio Psicologico, dando a questi ultimi aspetti la possibilità di essere inquadrati in un contesto soggettivo di significato. Questa "sinergia" trova proficua applicazione anche nelle attività rivolte agli operatori o ai *caregiver* in quanto fornire strumenti per tener conto delle ri-

cadute psicologiche degli interventi medici o sanitari, migliorare la comunicazione e le relazioni con gli utenti e tra operatori, gestire le emozioni o lo stress hanno – dal punto di vista tecnico – diversi elementi comuni che possono essere valorizzati per migliorare il rapporto costi-benefici negli interventi. Inoltre gli interventi per i pazienti e per gli operatori andrebbero visti come momenti complementari. Quando si definisce un protocollo di intervento psicologico per una popolazione di pazienti (ad es. persone in dialisi) è utile prevedere – quando le condizioni lo consentono – attività mirate per gli operatori di quella struttura e i *caregiver*, in modo tale che l'intervento stesso possa riguardare gli elementi di contesto cruciali e più significativi (soggetti, aspetti e processi) al fine di ottimizzare l'investimento e massimizzare i risultati.

Per lo sviluppo di questi interventi nell'ambito dei sistemi sanitari è necessario – secondo l'APA – la considerazione di diverse opzioni: **a)** il livello al quale effettuare l'intervento (es. individuale, interpersonale, organizzativo, comunitario, sociale); **b)** il tipo di esecutore dell'intervento (es. Psicologo sanitario, altro operatore, volontario, intervento tra pari); **c)** la metodologia dell'intervento (es. faccia a faccia, basato su internet o supporto tecnologico). Nonché la flessibilità di adattare gli interventi ai contesti e alle situazioni particolari. In generale gli elementi essenziali appaiono i seguenti:

- esistono ormai chiare e non ignorabili evidenze sul ruolo della mente e del comportamento per la salute e nella malattia, così come nel processo di cura (Lazzari 2007);
- esistono molte prove sull'efficacia degli interventi psicologici nella malattia fisica, sia in termini di benessere psichico e qualità della vita ma anche di miglioramento degli esiti medici e

Elenco degli Iscritti ai quali è precluso l'esercizio della professione di Psicologo

*Sospesi ex art. 26, comma 2 - Legge 56/89
Aggiornamento al 30/04/2013*

Cognome Nome	Data Sospensione
Ragone Vincenzo	15/05/2003
Giannantonio Claudio	11/09/2003
Pieretti Giovanni	11/09/2003
Giardiello Lucia	11/09/2003
Vincenti Franco	22/09/2005
Francia Rosanna	22/09/2005
Suzzi Erika	22/09/2005
Rinaldoni Gianluca	15/09/2006
Cicconi Susanna	28/11/2009
Cimini Francesca	23/11/2010
Vanzi Claudia	23/11/2010
Como Enza Clara	23/11/2010
Aureli Deborah	23/11/2010
Debbi Giuliano	29/11/2011
Botti Donatella	29/11/2011
Caverzan Analia Lorena	29/11/2011
Aguzzoli Michela	29/11/2012
Galantini Giovanna	29/11/2012
Marcello Raffaella	29/11/2012
Rossi Rossella	29/11/2012
Ruscelli Monia	29/11/2012

dei parametri fisici in senso stretto (Bottaccioli 2005; Lazzari 2011);

- molti di questi interventi risultano altresì vantaggiosi da punto di vista economico, sono cioè in grado non solo di autoripagarsi ma di ridurre i costi sanitari (Lazzari 2011).

La ricerca in questi anni ha mostrato l'importanza di sviluppare un approccio più integrato alla cura perché il vissuto e lo stress del paziente ha importanti ricadute sui processi biologici. Ad esempio, lo stress psicologico aumenta del 40% il tempo di guarigione delle ferite chirurgiche (Bosch et al. 2007; Gouin et al. 2007), mentre una breve tecnica antistress migliora il decorso postoperatorio con tre giorni di degenza in meno. Una quota significativa delle cause legali intentate agli ospedali nasce da come i pazienti si sono sentiti trattati, mentre problemi di stress e *burnout* del personale sono alla base di molti errori che vengono effettuati. Tutto questo si ribalta sui costi: una indagine su 9 milioni di cittadini USA ha mostrato come i fattori psicologici aumentino i costi sanitari dal 33 al 169% (Melek e Norris 2008).

La presenza degli Psicologi in ospedale

Negli ultimi anni le Regioni italiane hanno risposto a queste esigenze e a questa realtà – sviluppata “dal basso” a livello dei singoli contesti sotto la spinta della domanda – attraverso una azione di valutazione delle esigenze e di programmazione, che ha portato a una diffusa indicazione nella programmazione regionale di specifiche strutture di Psicologia nei contesti ospedalieri (anche se tale previsione è spesso ancora sulla carta). Tale previsione è particolarmente importante non solo per avere una risposta più omogenea sul territorio nazionale e diffondere le buone prassi, ma anche in relazione alla comprovata maggiore efficacia-efficienza di

avere gli Psicologi organizzati in apposite strutture, in grado di ottimizzare l'utilizzazione degli operatori in relazione ai bisogni e alle strategie aziendali.



Posta Elettronica Certificata PEC

*Informiamo tutti gli Iscritti che sempre più frequentemente gli Enti pubblici che bandiscono concorsi e avvisi di selezione individuano quale modalità esclusiva o preferenziale per la ricezione delle domande di ammissione ai concorsi la **PEC (Posta Elettronica Certificata)**.*

*A tal proposito ci preme rendere noto che le caselle di posta elettronica certificata rilasciate dal dominio **postacertificata.gov.it** sono abilitate a inviare messaggi esclusivamente agli indirizzi PEC registrati nell'apposito indice delle Pubbliche Amministrazioni (<http://www.indicepa.gov.it/documentale/index.php>); questa limitazione, comunicata dal sistema in sede di apertura della casella, è determinata dal fatto che il servizio “PostaCertificat@” (www.postacertificata.gov.it) rilascia caselle **CEC-PAC (Comunicazione Elettronica Certificata tra Pubblica Amministrazione e Cittadino) e non PEC**.*

Ciò potrebbe quindi comportare l'impossibilità di inviare comunicazioni verso alcuni indirizzi PEC.

*Ricordiamo inoltre a tutti gli Iscritti che la Legge n. 2 del 28 gennaio 2009 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185” ha stabilito **l'obbligo per tutti i professionisti iscritti in Albi professionali di attivare un indirizzo di Posta Elettronica Certificata**.*

*Al fine di agevolare gli Iscritti nell'adempimento di tale obbligo, che sempre più spesso si sta rivelando di estrema utilità, **il Consiglio dell'Ordine, già dal alcuni anni, ha deciso di regalare una casella PEC a ciascun Iscritto all'Albo**.*

***L'iniziativa è stata attivata in collaborazione con l'Ordine Nazionale** che ha stipulato il contratto a livello nazionale e gestisce la fase organizzativa dell'attivazione: infatti è dal sito del CNOP, area riservata, che è possibile fare domanda per ottenere la casella PEC.*

*Per ulteriori informazioni è possibile consultare il nostro sito web alla voce **“Servizi agli Iscritti” > “PEC” della sezione “Per il Professionista”**.*

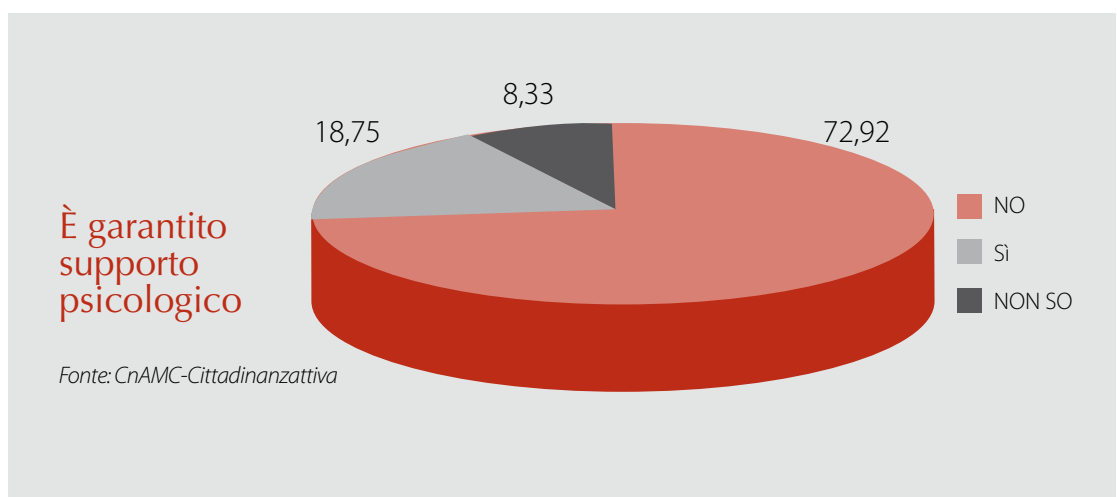
Laddove ciò è avvenuto è stata possibile una razionalizzazione delle risorse psicologiche e la loro corretta utilizzazione all'interno dei processi e della rete assistenziale ed organizzativa, spesso con importanti funzioni – pertinenti all'approccio sistemico e relazionale proprio della Psicologia – in termini di sviluppo delle sinergie, della coesione e di una logica di sistema. Ciò serve inoltre ad impedire una "deriva" di frammentazione e dispersione delle competenze, quale si ha con la disseminazione incontrollata o l'inserimento degli Psicologi non al servizio dell'azienda ma delle singole discipline mediche, che è disfunzionale ma ineluttabile in assenza di un riferimento organizzativo adeguato per le attività psicologiche.

Secondo la più recente statistica del Ministero della Salute (rilevazioni del 2010 ma diffuse nel maggio 2013, Ministero Salute 2013) gli Psicologi dipendenti del SSN risultano 5826. Gli Psicologi ospedalieri risultano ben 1238. Solo in parte questa cifra è ricompresa nei 5826, perché mancano le strutture equiparate, gli IRCSS e alcune categorie di ospedali. Degli ospedalieri 417 lavorano negli ospedali di ASL, 322 negli IRCCS e gli altri nelle aziende ospedaliere o strutture equiparate (questi ultimi 430).

Rispetto alle necessità sono sicuramente pochi ma tanti se si pensa che il Ministero si è permes-

so di ignorarli totalmente. Ancora più seria la cosa se consideriamo che negli ospedali ci sono molti Psicologi con contratti a termine, borsisti e così via: arriviamo facilmente al doppio o triplo della cifra ufficiale. È amaro pensare che i Collegi Farmacisti risultano 1700 negli ospedali italiani ma nessuno ha pensato di togliere i Servizi di Farmacia ospedaliera! Che gli Psicologi in ospedale siano comunque largamente insufficienti non lo dicono gli Psicologi stessi ma i malati. Lo si legge nel rapporto nazionale del "Coordinamento delle Associazioni dei Malati Cronici" (CnAMC 2010):

"Un altro dato molto importante rispetto all'assistenza erogata all'interno delle strutture ospedaliere nei confronti delle persone con patologia cronica o rara è quello sul supporto psicologico. Sappiamo, infatti, quanto sia importante per le persone con tali patologie essere supportate psicologicamente da professionisti. La patologia incide profondamente sullo stato psicologico della persona, mettendola continuamente alla prova. Nonostante l'importanza fondamentale di tale tipologia di supporto, si registra ancora una profonda criticità in tal senso. Infatti, come possiamo verificare dal grafico che segue, il 72,92% delle Associazioni segnala la mancata previsione del servizio di supporto psicologico nei confronti della persona con la patologia e dei suoi familiari, l'8,33% dichiara di non essere informata in tal senso, solo il 18,75% delle associazioni segnala l'erogazione di tale servizio durante la degenza." (pag.24)



Umanizzazione degli ospedali e Psicologia

Uno degli aspetti più eclatanti del decreto sugli "standard" di Balduzzi è che si parla di "umanizzazione" degli ospedali senza chiamare in causa la Psicologia. È corretto tecnicamente? Davvero l'umanizzazione, al di là degli auspici partigiani degli Psicologi, può prescindere dalla Psicologia? Per rispondere a tale domanda ho ritenuto utile riportare una delle più esaurienti ricerche fatte in Italia su questo tema, a cura dell'Agenas (l'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari del Ministero della Salute, e della quale lo stesso Balduzzi era direttore prima di diventare Ministro) in collaborazione con l'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva, la rete nazionale del volontariato civico, e pubblicata su Monitor n. 32 del 2013. Si tratta di un lavoro, realizzato nel 2012, nel quale sono state coinvolte 54 strutture ospedaliere (in gran parte ospedali pubblici, dislocati in 16 diverse Regioni) e 110 organizzazioni di cittadini per rilevare, attraverso una check-list predisposta allo scopo, il livello di qualità e di umanizzazione dei servizi.

Alla base i ricercatori hanno fatto un attento esame della normativa e della letteratura per vedere quali aspetti potessero essere indicatori del concetto di "umanizzazione". Queste le fonti:

Tipologie di fonti documentate per la formulazione degli indicatori

Fonti normative: D. L.vo 30/12/92, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" art.14; DPCM 19/5/95 "Carta dei servizi pubblici sanitari"; D.M. 24/7/95 "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e efficacia del SSN (allegato 224 indicatori); D.M. 15/10/96 (Ministero della Sanità) "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere";

D.M. 12/12/2001 (Ministero della Sanità) "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (allegato 1; 2; 3; 4, 91 indicatori); Leggi regionali sui diritti del malato; Leggi regionali con espliciti riferimenti al tema (es. L. R. Veneto n. 56 del 14 settembre 1994).

Materiali su specifici ambiti: OMS, 1985: "Parto: non è una malattia" – 15 raccomandazioni, "Tecnologia appropriata per la nascita"; Unicef, 2010: "Standard per le buone pratiche per gli ospedali", "Ospedali & Comunità amici dei bambini".

Banche dati: database della rete HPH (Ospedali per la promozione della salute) dell'OMS; database delle buone pratiche regionali per l'empowerment di Agenas; database del Premio Andrea Alesini di Cittadinanzattiva; database del Forum P.A..

Informazioni professionali sull'Albo online

Ricordiamo a tutti gli Iscritti che è possibile integrare i dati pubblicati sull'Albo online con informazioni professionali quali, ad esempio, **il contesto prevalente di lavoro** (Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Psicologia Giuridica e Forense, etc.), **l'orientamento terapeutico** – se in possesso della Specializzazione in Psicoterapia –, **la conoscenza della Lingua Italiana dei Segni (LIS)**, la capacità di svolgere la professione in **lingua straniera**, il possesso di studi professionali privi di **barriere architettoniche**, etc.

Per pubblicare tali informazioni sull'Albo online è sufficiente accedere all'area riservata del sito e cliccare sulla voce **"Integrare e/o modificare i valori presenti nella scheda dati professionali"**. Ricordiamo che le dichiarazioni rilasciate in questa sezione possono essere effettuate in completa autonomia, sotto la diretta responsabilità di ciascun Iscritto e, benché non siano obbligatorie ai sensi dell'art. 10 della L. n. 56 del 1989, risultano particolarmente preziose per i cittadini che ricercano Professionisti con specifiche capacità e/o provvisti di studi professionali accessibili anche alle persone diversamente abili.

Carte dei Servizi e della Qualità: Osservatorio regionale Toscana sulla Carta dei Servizi pubblici sanitari 2011 - Allegato Repertorio di impegni per la Carta dei servizi sanitari con i relativi indicatori e standard (DGR 697/2003); Carta della qualità medicina interna di Cittadinanzattiva; Carta della qualità in chirurgia di Cittadinanzattiva; Carta della qualità della cartella clinica di Cittadinanzattiva.

Da queste fonti (veramente esaustive) sono stati tratti i seguenti indicatori:

Aspetti dell'umanizzazione in sanità

- 1) Considerazione del paziente nella sua unicità;
- 2) Rispetto per la persona in quanto portatore di specifici valori, bisogni, preferenze, aspettative, esperienze;
- 3) Approccio olistico alla persona, be-

nessere psico-fisico; **4) Informazione e coinvolgimento, processo decisionale condiviso;** **5) Libera scelta;** **6) Evitare sofferenze e dolore non necessari;** **7) Trattamento personalizzato;** **8) Privacy e confidenzialità;** **9) Semplificazione;** **10) Standard di qualità;** **11) Relazioni dignitose, supporto emotivo e nelle cure;** **12) Riduzione di paure e ansie;** **13) Indipendenza;** **14) Libertà da discriminazione (coercizione, danno, sfruttamento);** **15) Accesso;** **16) Sicurezza;** **17) Continuità delle cure e agile transizione da un servizio a un altro.**

Questi aspetti sono stati raggruppati in 4 fattori, ognuno articolato in sub-fattori ed elementi, tutti con punteggi da 1 a 10.

La tabella seguente riporta questo schema.

FATTORI	SUB FATTORI	Elementi	N. indicatori	Tot. indicatori		
1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1 attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 funzione di supporto psicologico	5	45		
		1.1.2 attività/interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno	4			
		1.1.3 agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti	9			
		1.1.4 "ospedale senza dolore"	4			
	1.2 rispetto della privacy	1.2.1 rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili	5			
		1.2.2 rispetto della riservatezza	2			
	1.3 impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 rispetto delle specificità linguistiche	2			
		1.3.2 rispetto delle esigenze di culto	4			
		1.3.3 rispetto delle specificità etniche e culturali	4			
	1.4 continuità delle cure	1.4.1 agevolazione della continuità delle cure	6			
	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 accessibilità fisica	2.1.1 eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali		3	47
			2.1.2 accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto		9	
		2.2 logistica e segnaletica	2.2.1 orientamento e segnaletica		2	
2.2.2 percorsi interni			2			
2.3 reparti di degenza "a misura d'uomo"		2.3.1 dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza	8			
		2.3.2 reparti di degenza "a misura di bambino"	4			
		2.3.3 comfort alberghiero	8			
2.4 comfort generale della struttura		2.4.1 comfort dei servizi comuni	8			
	2.4.2 comfort delle sale d'attesa	4				
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	3.1 semplificazione delle procedure	3.1.1 semplificazione delle modalità di prenotazione	4	22		
		3.1.2 semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni	3			
	3.2 agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	3.2.1 agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria	8			
		3.2.2 accesso alle informazioni	4			
3.2.3 accessibilità e fruibilità del sito web	3					
4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino	4.1 relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1.1 cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale	15	26		
		4.1.2 formazione del personale alla relazione di aiuto	3			
	4.2 relazione con il cittadino	4.2.1 assunzione di impegni nei confronti del cittadino	5			
		4.2.2 accoglienza	2			
		4.2.3 formazione del personale di contatto	1			
			140			

Fonte: Agenas e Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva

I punteggi medi dei quattro fattori di umanizzazione

1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona 6,39
2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura 7,12
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza 6,71
4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino 6,89

Fattore 1: "Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona". Punteggi medi in ordine decrescente dei singoli elementi

- 1.2.1. rispetto dell'anonimato e della non diffusione dei dati sensibili 8,03
- 1.1.3. agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti 6,75
- 1.4.1. agevolazione della continuità delle cure 6,69
- 1.3.3. rispetto delle specificità etniche e culturali 6,42
- 1.2.2. rispetto della riservatezza 6,36
- 1.1.1. funzione di supporto psicologico 6,33
- 1.1.2. attività/interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno 6,19
- 1.3.2. rispetto delle esigenze di culto 6,12
- 1.3.1. rispetto delle specificità linguistiche 4,62
- 1.1.4. "ospedale senza dolore" non rilevato

Fattore 4: "Cura della relazione con il paziente e con il cittadino". Punteggi medi in ordine decrescente dei singoli elementi

- 4.2.1. assunzione di impegni nei confronti del cittadino 7,46
- 4.1.2. formazione del personale alla relazione di aiuto 7,17
- 4.1.1. cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale 6,96
- 4.2.2. accoglienza 6,84
- 4.2.3. formazione del personale di contatto 6,00

Come si vede non solo gli aspetti di competenza psicologica sono essenziali, ma risultano anche quelli che ottengono un minore punteggio rispetto agli altri, evidenziando una maggiore criticità.

Bibliografia

- Belar CD, Dearthoff WW (2009) Clinical Health Psychology in Medical Settings: A Practitioner's Guidebook, APA
- Bottaccioli F. (2005), "Psiconeuroimmunologia", Red Edizioni, Milano.
- Christensen A. J., Antoni M.H. (2002) Chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective. Blackwell, Oxford UK
- CnAMC (2010) IX Rapporto Malattie croniche e diritti, www.cittadinanzattiva.it
- Lazzari D. (2007) *Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione.* Milano: Franco Angeli.
- Lazzari D. (2011) *Psicologia Sanitaria e malattia cronica: interventi evidence-based.* Pacini, Pisa.
- Melek S. Norris D (2008). *Chronic Conditions and Comorbid Psychological Disorders.* Seattle: Milliman
- Ministero della Salute – Direzione statistica (2013), *Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici – Anno 2010 – Ministero Salute Roma.*
- Tanese et al. (2013) Uno strumento per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero. *Monitor*, IX:32, 26-41.
- Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:163-7.

Rinnovo del tesserino



Informiamo gli Iscritti che avessero terminato gli spazi utili per l'applicazione del bollino annuale, che è possibile richiedere il rinnovo del tesserino dell'Ordine compilando l'apposito modulo pubblicato sul nostro sito web nella sezione "Per il professionista" alla voce "Come fare per" > "Richiedere il tesserino".

Ricordiamo inoltre che per la stampa del nuovo tesserino, ora provvisto di fotografia, è necessario far pervenire alla Segreteria dell'Ordine anche una **fototessera in formato cartaceo oppure in formato digitale (jpg o bmp).**

La domanda può essere inviata tramite posta a:

Ordine Psicologi Emilia-Romagna

Strada Maggiore 24 | 40125 Bologna

o, alternativamente, via e-mail all'indirizzo:

segreteria7@ordpsicologier.it

Elenco delle convenzioni attive

• PROVIDER ECM

Giunti O.S. – Organizzazioni Speciali

Via Fra Paolo Sarpi 7/A | 50136 Firenze
tel 055 6236501 | fax 055 669446 | cell 335 7566921
v.pontremoli@giuntios.it | www.giuntios.it

A.D.R. Analisi delle Dinamiche di Relazione

Via Giannone 9 | 20154 Milano
cell 346 3505166

Via Cassini 46 | 10129 Torino
tel e fax 011 505752

info@formazione.it | www.formazione.it

B.E.A. Congressi ed Eventi Formativi

Via di Acilia 23 | 00125 Roma
cell 347 5905830
abanueren@gmail.com

Scuola di Formazione Continua Università Campus Bio-Medico di Roma

Via Alvaro del Portillo 21 | 00128 Roma
tel 06 225419300 | fax 02 225411900
sfc@unicampus.it | www.unicampus.it/sfc

Consorzio ISMESS

Istituto Mediterraneo Scienze Sanitarie

Via Nicola Aversano 31 | 84122 Salerno
tel 089 2578642 | fax 089 2578122
segreteria@ismess.it | www.ismess.it

Istituto Gestalt Firenze

Via Costabella 21 int. 1 | 00195 Roma
tel 06 37514179 | fax 06 37513414
roma@igf-gestalt.it | www.igf-gestalt.it

• LIBRERIE

Libreria Nuova Tarantola srl

Via Canalino 35 | 41121 Modena
tel 059 224292 | fax 059 224303
mail@libreriatarantola.it | www.libreriatarantola.it

Libreria del Professionista srl di Giorgi Egidio

Via XXII Giugno 3 | 47900 Rimini
tel 0541 52460 | fax 0541 52605
info@libreriadelprofessionista.it

UNIPRESS - Libreria Universitaria

Via Venezia 4/A | Padova
tel e fax 049 8075886 | 049 8752542
unipress2001@libero.it | www.unipress.it

• RICERCA, GRAFICA & WEB DESIGN

INTERNOVI di Scarpellini Daniele sas

Via Cervese 5288 | 47522 Cesena (FC)
tel 328 5831855
info@internovi.com | internovi@pec.it
www.internovi.com

• CENTRI ESTETICI

Centro Paola Cerulli SRL Hair & Beauty

Via dell'Arcoveggio 74/6 | 40129 Bologna
tel 051 6389598 | cell 333 2727488
info@centropaolacerulli.com | www.centropaolacerulli.com

• COMMERCIALISTI

Studio Dott.ssa Chiara Ghelli

Via Andrea Costa 73 | 40134 Bologna
tel e fax 051 6142066 | 051 435602
studioghelli@tiscali.it

Studio Professionale Roli-Taddei Dottori Commercialisti Associati

Via Cracovia 19 | 40139 Bologna
tel 051 341215 | 051 455202 | fax 051 4295287
paoloroli@studioprofessionale.eu
gaiafaddei@studioprofessionale.eu

Studio Commercialisti Associati Miglioli Monica e Garau Beatrice

Via Fornasini 11 | 44028 Poggio Renatico (FE)
tel 0532 829750 | fax 0532 824119
miglioligarau@tin.it

Studio Dott. Oliveri Giuseppe

Via D'Azeglio 51 | 40123 Bologna
tel 051 6447875 | fax 051 3391669 | cell 328 0863994

Luca Armani, Dottore Commercialista Revisore Legale

Via Strasburgo 49/a | 43123 Parma
tel 0521 487042 | fax 0521 499013
l.armani@networkstudio.eu

Studio Dott. Binaghi Gabriele

Via Cavour 28/A (Galleria della Borsa) | 29100 Piacenza
tel 0523 330448 | fax 0523 388732 | 0523 306650
gabriele@binaghi.net

• FORNITURE PER UFFICIO

Multisystem S.r.l.

Viale Cavour 186/188 | 44100 Ferrara
tel 0532 247008 | fax 0532 247766
negoziomultisystem-srl.191.it

Nuova Maestri Ufficio S.r.l.

Via Baracca 5/c | 40133 Bologna
tel 051 382769 | fax 051 381543

Poluzzi S.r.l. (Concessionaria BUFFETTI)

Via Garibaldi 5/H | 40100 Bologna
tel 051 581671 | fax 051 581979
Referente: Daniela Lovisetto
tel 333 3665406 | fax 051 9915162

Cartoleria Tecnica di Guerreri M. & C. s.n.c

P.zza Agabiti 1 | 47921 Rimini
tel e fax 0541 52414
cartoleriatecnica@alice.it | www.cartoleriatecnica.it

• CENTRI MEDICI

Centro Medico B & B S.a.s. Poliambulatorio Privato

Via Selice 77 | 40026 Imola (BO)
tel 0542 25534 | fax 0542 610175
info@centromedicobeb.it

I numeri dell'Ordine *Novembre 2012 - aprile 2013*



<i>Riunioni di Consiglio</i>	<i>16 sedute per un totale di 90 ore</i>
<i>Delibere del Consiglio</i>	<i>108 delibere</i>
<i>E-mail ricevute dall'URP</i>	<i>1800 e-mail</i>
<i>Documenti protocollati in entrata/uscita</i>	<i>2397 documenti</i>
<i>Consulenze legali e fiscali a favore degli Iscritti</i>	<i>50 consulenze</i>
<i>Eventi formativi organizzati</i>	<i>12 seminari</i>
<i>Newsletter inviate agli Iscritti</i>	<i>24 newsletter</i>
<i>Articoli apparsi sui media</i>	<i>9 articoli</i>

Per approfondimenti consulta il sito web www.ordpsicologier.it

ORARI DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

DA GENNAIO A GIUGNO E DA SETTEMBRE A DICEMBRE

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì
mattino	9 - 11	9 - 11	9 - 11	9 - 13	9 - 11
pomeriggio	-	15 - 17	-	-	-

LUGLIO E AGOSTO

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì
mattino	chiuso	9 - 11	9 - 11	9 - 13	chiuso
pomeriggio	-	15 - 17	-	-	-

CHIUSURE STRAORDINARIE

- da domenica 29 luglio a domenica 1° settembre – chiusura estiva
- venerdì 4 ottobre – festa del Patrono di Bologna

Indirizzi e-mail della segreteria

- per richiedere informazioni di carattere generale
info@ordpsicologier.it
- per richiedere informazioni su pagamenti tasse, tesserini, bollini, invio pergamene
segreteria7@ordpsicologier.it
- per comunicazioni ufficiali tramite e-mail (utilizzando esclusivamente il Vostro indirizzo PEC come mittente)
in.psico.er@pec.ordpsicologier.it

Redazione

Ordine Psicologi Emilia-Romagna | Strada Maggiore 24 | 40125 Bologna | tel 051 263788 | fax 051 235363 | www.ordpsicologier.it

Progettazione grafica e impaginazione

silvana.vialli@gmail.com

Stampa

Litografia Sab - Bologna

In questo numero



Comunicazioni dal Consiglio

La tutela dei minori tra novità normative e ricerche all'avanguardia

pag 3



Aree professionali news

Il benessere psicofisico nella progettazione e realizzazione degli ambienti urbani, il nostro ruolo di Iscritti all'Albo Professionale

pag 6



A proposito di etica

La relazione con il paziente tra strumento clinico e violazione deontologica

pag 12



Dentro le Regole

Psicologo in farmacia?

pag 17



Focus

La Psicologia in ospedale: una risposta ai bisogni delle persone e del contesto

pag 22

Elenco delle convenzioni attive

pag 30

Poste Italiane Spa - spedizione
in abbonamento postale 70% -
CN BO - Bologna

In caso di mancato recapito
restituire all'ufficio di Bologna
CMP, detentore del conto, per la
restituzione al mittente che si
impegna a pagare la relativa tariffa.