

Lecce, 19 Novembre 2012

- **Al Ministro della Salute**

Prof. Renato Balduzzi

- **Al Presidente della Conferenza Stato-Regioni**

Ministro per gli Affari regionali, Turismo e Sport,

Dr. Piero Gnudi

- **Ai Sigg. Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome**

OGGETTO: Bozza Decreto Regolamento recante: “**Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera**”, in attuazione dell’art. 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell’art. 15 comma 13, lett c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.
– PROPOSTA EMENDATIVA –

La scrivente Società Scientifica, a proposito della bozza di Decreto in oggetto, sottolinea come il miglioramento dell’appropriatezza clinico-organizzativa e della qualità, nonché la riduzione della spesa, non possa evitare di considerare, come di fatto sta succedendo, l’importante e crescente ruolo della Psicologia in Ospedale.

In Ospedale, infatti, l’elevata intensità tecnico-assistenziale e la crescente standardizzazione dei processi, fanno sì che la politica ospedaliera valorizzi sempre più l’efficienza e tenda all’eccellenza e la cura sia sempre più orientata all’acuzie, con un inevitabile rischio di parcellizzazione della cura stessa. La guarigione e/o la dimissione del paziente diventano, infatti, sempre più spesso l’obiettivo principale del ricovero, peraltro realizzabile solo in qualche caso. In tale contesto, richiamare la

“centralità del paziente” e la “globalità della persona” diventano solo formule di rito, cui spesso non seguono affatto comportamenti di cura coerenti.

Diventa pertanto necessario ripensare un modello organizzativo in grado di coniugare la continuità e presa in carico complessiva e globale del paziente, con sistemi di integrazione dei vari professionisti rivolti alla cura. Questi modelli si traducono in quei processi di “umanizzazione” dell’assistenza, che non riguardano solo la persona, ma sono processi focalizzati sull’intero sistema di cura e che tengono conto anche del fatto che la disponibilità e l’attenzione al malato aumentano la sua fiducia e la sua collaborazione e riducono in maniera significativa il contenzioso.

Il PSSR 2012-2016 della Regione Veneto, recentemente approvato, sottolinea, come *“l’umanizzazione delle strutture socio-sanitarie sia correlata anche al governo economico del SSSR: ridurre l’abuso dei farmaci, evitare le ospedalizzazioni non necessarie, fare un uso più appropriato degli accertamenti diagnostici, contenere gli interventi chirurgici sono alcuni elementi utili ad orientare le prestazioni, ponendo la persona al centro di ogni intervento assistenziale”*.

A questo proposito, tra l’altro il Rapporto Osservasalute 2011 ci segnala che il consumo di psicofarmaci è aumentato circa del 400% dal 2000 al 2010 ed è peraltro noto che, laddove è carente la disponibilità di supporto psicologico, maggiore è l’utilizzo di farmaci, come “via breve” per contenere il disagio.

L’attuale contingenza economica e i tagli ai finanziamenti, che colpiscono in buona parte l’area sanitaria, impongono sempre più di *“fare molto, con poco”*. Forse anche per questo, a livello internazionale e nazionale, si registra un crescente attenzione a questi aspetti, che ha portato allo sviluppo di un preciso ambito disciplinare – la *“Hospital Psychology”* – come sinergia tra la Psicologia (clinica, della salute, del lavoro e delle organizzazioni, neuropsicologia) e specifiche esigenze dell’Ospedale. Questo ha portato ad una crescente collaborazione tra Medicina e Psicologia, con evidenti vantaggi clinico-assistenziali, ma anche economici (migliore aderenza ai trattamenti, risparmio sulla spesa farmaceutica, riduzione dei trattamenti “inutili”, riduzione dei giorni di degenza, etc.). Per questi motivi, ad esempio, la Gran Bretagna, nella sua *“Spending Review”* del 2010, in seguito a degli studi sulla proiezione della spesa sanitaria nel Paese, ha deciso di investire 400 milioni di sterline in Servizi di Psicologia, considerando il risparmio che questi consentivano, sia sulla spesa farmaceutica attuale, sia sui costi indiretti e futuri.

Numerose sono, ad oggi, le evidenze in tal senso, prodotte dalla ricerca e dalle esperienze sul campo^(2,3). Molto recentemente, però, anche un editoriale di *“The Nature”* (Sept 27, 2012) sottolinea come la ricerca psicologica/psicoterapeutica sia ingiustamente penalizzata, nonostante crescenti e forti evidenze di efficacia, probabilmente per la mancanza di finanziamenti e per il mancato sostegno economico da parte dell’industria farmaceutica.

Le attività di Psicologia Ospedaliera, comunque, sono esplicitamente previste anche da diversi documenti ufficiali vigenti (Piano Sanitario Nazionale, legge 91/99 Donazione e Trapianto, Unità

Spinali, area dell’Emergenza-Urgenza, legge 38/2010 Cure Palliative e lotta al dolore, diversi Piani Socio Sanitari Regionali, tra cui quello Veneto, ecc.) e sono prevalentemente orientate ¹:

- a) **All’ambito clinico-assistenziale** (rivolto ai pazienti, ai loro familiari e agli operatori sanitari), integrando la presenza dello psicologo nello staff medico-infermieristico nel percorso diagnostico-terapeutico, secondo protocolli d’intervento condivisi, dalla comunicazione della diagnosi sino alla dimissione, sostenendo i familiari, favorendo la comunicazione e l’efficacia dell’informazione, collaborando nella gestione delle situazioni di crisi e di difficoltà di attuazione degli interventi). Tale ambito, coerentemente con gli obiettivi della Carta di Ottawa e con le indicazioni dell’OMS, è anche finalizzato all’*empowerment* dei pazienti e degli operatori sanitari, per una migliore gestione della patologia/trattamento, nonché per valorizzare comportamenti di prevenzione/(promozione della salute e di corretti stili di vita.
- b) **All’ambito formativo**, rivolto alle equipe di cura, con programmi di formazione psicologica specifici (emergenza-urgenza, area medica e chirurgica, area materno-infantile, etc), per promuovere la capacità comunicativa e relazionale e migliorare le strategie, anche organizzative, a favore dell’integrazione multidisciplinare.
- c) **All’ambito organizzativo**, per individuare modalità più efficaci di comunicazione istituzionale ed interpersonale, di gestione del rischio clinico, della qualità aziendale, del miglioramento del lavoro d’équipe e promozione del benessere organizzativo, e, non ultimo, della soddisfazione degli utenti.

Secondo questa ottica, soprattutto negli ultimi anni, la maggior parte delle Regioni Italiane ha dato diffusa indicazione nella programmazione regionale di attivazione di specifiche Strutture di Psicologia nei contesti ospedalieri, in particolare in quelli ad elevata intensità assistenziale. 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 (vedi ad esempio i LEA della Psicologia nella Provincia Autonoma di Trento).

La possibilità di utilizzare adeguatamente le competenze psicologiche produce benefici anche economici, come dimostra una crescente letteratura internazionale e nazionale² (basti citare l’esperienza dell’Azienda Ospedaliera di Terni, dove una breve preparazione psicologica all’intervento chirurgico ha comportato due giornate in meno di degenza post-operatoria³), e va incontro a crescenti esigenze dell’organizzazione e degli utenti (es. i problemi dei Pronto Soccorso e dell’osservazione breve – che spesso interessa soggetti con problematiche psicologiche -, o quelli della collaborazione alle dimissioni protette ed alla continuità assistenziale).

¹ SIPSOT (2010) Linee di indirizzo per l’assistenza psicologica erogata dalle strutture di psicologia territoriali ed ospedaliere del SSN, Politeia Edizioni

² Lazzari D. (2011) Ricadute economiche degli interventi psicologici, in Psicologia Sanitaria e Malattia Cronica: interventi evidence-based e disease management, Pacini Editore

³ Bartoli S (2012) Ecco come si risparmiano soldi e dolore, *SIPNEI News*, n.1/12

Il PSSR 2012-2016 della Regione Veneto, ad esempio, nel capitolo dell'Umanizzazione delle Cure, considerato un caposaldo della Sanità Veneta, indica di **“Sviluppare un'attività di *Psicologia Clinica Ospedaliera all'interno dei presidi ospedalieri ed in stretta sinergia con i servizi territoriali, con funzioni di diagnosi, sostegno, psicoterapia breve, nonché formazione e supervisione degli operatori sanitari e promozione della salute in ambito psicologico anche del personale aziendale ospedaliero*”**.

Sostiene inoltre che, *“Per rendere effettiva l'umanizzazione appaiono determinanti le seguenti scelte:*

1. *favorire la comunicazione tra professionisti socio-sanitari e assistiti, adottando linee guida in grado di orientare la modalità...con cui trasmettere le informazioni al paziente e coinvolgerlo nelle scelte;*
2. *diffondere la cultura dell'empowerment, per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute;*
3. *promuovere progetti di formazione orientati prevalentemente a:*
 - a. *fornire a tutti gli operatori una preparazione professionale sui problemi delle relazioni e della comunicazione;*
 - b. *preparare adeguatamente gli operatori impegnati nel primo livello di accoglienza;*
 - c. *adottare modelli di accoglienza degli assistiti e dei familiari nei luoghi di pronto soccorso.*

Risulta pertanto inaccettabile, per tutte queste considerazioni, eliminare una realtà già esistente, efficace, efficiente ed in pieno sviluppo.

Appare peraltro necessario riconoscere e normare adeguatamente la presenza di specifiche Strutture di Psicologia Ospedaliera nei contesti ospedalieri con modalità organizzative funzionali e correlate al livello dei presidi ospedalieri (di base, I e II livello).

Conclusioni e sintesi

L'intervento psicologico in Ospedale si inserisce, già da numerosi anni, nei processi diagnostici, terapeutici e assistenziali, con competenze specifiche messe al servizio del paziente, dei familiari e dei curanti. Si pone altresì l'obiettivo di prendersi cura dell'organizzazione, con interventi sul clima organizzativo, individuando le criticità di malessere e promuovendo percorsi di miglioramento, in linea con il dlgs 81/2010.

I criteri che ispirano l'intervento sono quelli della trasversalità organizzativa della risposta psicologica (dall'ospedale al territorio e viceversa) e dell'interdisciplinarietà nella presa in carico del paziente in tutte le fasi, di malattia, di riabilitazione, di guarigione o di terminalità e morte.

Le aree maggiormente interessate dall'intervento psicologico in Ospedale sono:

- L'area materno-infantile (ostetricia-ginecologia, neonatologia, pediatria, PS pediatrico, etc)

L'emergenza/urgenza (Pronto Soccorso, Terapia Intensiva, Rianimazioni, 118, etc);

- Le "nuove emergenze" (violenze alle donne, maltrattamenti/abusi ai bambini, vittime di incidenti della strada, etc.);

-L'area cardiologica-cardiochirurgica (stili di vita, riabilitazione, controllo dei fattori di rischio "comportamentali", etc);

- La malattia cronica, evolutiva, degenerativa (es. malattia oncologica, SLA, etc);

- L'approccio non farmacologico al dolore dell'adulto e del bambino (vedi legge 38/2010);

-L'area donazione/trapianto, da cadavere e da vivente;

-La riabilitazione, gli stili e la qualità di vita (es. Linee guida nazionali per la riabilitazione cardiologica);

- Il valore della comunicazione e della relazione con il malato e i suoi familiari (adulti, bambini, stranieri, etc);

I soggetti coinvolti, in tutti i percorsi, sono sempre: il malato, la sua famiglia, l'equipe di cura, l'organizzazione ospedaliera.

PROPOSTA EMENDATIVA

- 1. AGGIUNGERE al punto 1.2 di pag. 4, negli standard qualitativi, la dimensione dell'intervento psicologico ospedaliero e della salute.**
- 2. AGGIUNGERE al punto 3.1 pag. 12/13 : "Psicologia: 1 Struttura complessa per HUB e per ciascun Spoke, 1 Struttura semplice,"**
- 3. AGGIUNGERE "Psicologia" a pag. 13, nel capoverso che recita: ... "Per quanto concerne le strutture complesse senza posti letto ... "nell'elenco tra parentesi.**

Rimanendo a vostra disposizione per qualsivoglia chiarimento in merito alla proposta, Vogliate gradire distinti saluti.

La Presidente



Via E. Toti, 28 – 73100 Lecce Tel. 0832/ 232187 e-mail: info@sipsot.it C.F. 91016430448 . Internet : <http://www.sipsot.it>

Dr.ssa Rita Gualtieri

Via E. Toti, 28 – 73100 Lecce Tel. 0832/232187 e-mail: sipsot@tiscali.it C.F. 91016430448
Partita IVA 01675440448 - Sito Internet: <http://www.sipsot.it>