

Verona, 26 settembre 2011

Al **Dott. Leonardo Padrin, Presidente**
V[^] Commissione Consiliare Sicurezza Sociale, Igiene,
Sanità, Assistenza - Regione Veneto
Palazzo Ferro-Fini, S. Marco 2322/b
30124 VENEZIA

e p. c. **Sigg. Consiglieri Regionali Componenti**
V[^] Commissione Consiliare Sicurezza Sociale, Igiene,
Sanità, Assistenza - Regione Veneto
Palazzo Ferro-Fini, S. Marco 2322/b
30124 VENEZIA

Oggetto: **Osservazioni in merito alla proposta di Piano Socio Sanitario 2012-2014 (DDL. 190 del 26.07.2011 e allegato)**

Egr. Sig. Presidente,

Questa Società Scientifica esprime un forte plauso per lo sforzo della Regione Veneto di dotarsi di un Piano Socio Sanitario moderno, tuttavia esprime anche una notevole preoccupazione per l'impostazione quasi esclusivamente sanitaria che lo sostiene e le possibili conseguenze per il benessere dei cittadini.

La scarsa considerazione del contributo della "Psicologia" come disciplina autonoma, la sottostima di specifici bisogni psicologici, delle conoscenze, delle teorie, delle prassi assistenziali e dell'organizzazione della psicologia negli ospedali e nel territorio, è uno degli aspetti che caratterizza questa proposta in quanto crea un forte gap tra ciò che viene dichiarato nelle premesse e nella *vision* ciò che si declina nella sua articolazione. A cominciare dal fatto che al tavolo "tecnico" di elaborazione del presente PSSR non era presente nemmeno uno psicologo che opera nel sistema sanitario regionale.

Siamo tutti consapevoli che lo scenario attuale è caratterizzato dalla forbice tra incremento delle sofferenze/bisogni/domande della popolazione, contrazione delle risorse messe a disposizione per farvi fronte e spinta propulsiva del personale verso l'eccellenza professionale. Come S.I.P.S.O.T. siamo impegnati a: -giungere ad un approccio scientifico e metodologico condiviso, specifico della Psicologia dei servizi territoriali ed ospedalieri; -raccolgere e mettere a disposizione della cittadinanza e dei colleghi appropriate ed efficaci pratiche professionali, anche tramite Linee di Indirizzo¹; -ridurre, nella prospettiva della salute organizzativa, le difficoltà conseguenti alla mancata coerenza fra lavoro da svolgersi e l'organizzazione preposta al suo svolgimento.

Rispetto la proposta di Piano Socio Sanitario in oggetto, segnaliamo che:

1. Questa impostazione trascura quanto negli ultimi anni, la comunità scientifica e la stessa medicina delle evidenze hanno affermato con forza e cioè: **obiettivo delle politiche e dell'intervento sanitario non è tanto e solo quello di curare la malattia, bensì tutelare al massimo gli spazi di salute** che consentano a ciascun individuo, in armonia col proprio ambiente, di espandere le sue capacità funzionali ed operative (*empowerment*) per migliorare la sua qualità di vita.
2. **Non pone sufficiente attenzione ai nuovi bisogni di psicologia in sanità:** negli ultimi anni abbiamo assistito a profondi mutamenti nella domanda di salute dei cittadini (invecchiamento, migrazioni, "crisi" del sistema famiglia, "crisi" dei sistemi valoriali, prevalenza di malattie cronico-degenerative, aumento della

disabilità, ecc.), si sono manifestati con forza bisogni psicologici-relazionali e comunicativi che non possono più essere trascurati dalla programmazione sanitaria. Le richieste di intervento psicologico sono, di fatto, in continuo aumento, sempre meglio specificate e riguardano sia aspetti clinici, sia aree organizzative, negli ospedali (governo clinico, efficacia, appropriatezza, rischio clinico, qualità percepita, soddisfazione degli utenti, supporto alle equipe di cura, ecc.) e sul territorio (lavoro multidisciplinare, prevenzione dei comportamenti a rischio, elevata incidentalità stradale, supporto alla genitorialità e alle famiglie, violenza intrafamiliare, tutela dei minori a rischio, stili di vita dei giovani, comportamenti a rischio per la salute, etc.)

3. Nella nostra Regione emerge una diffusa **tendenza a considerare ogni aspetto del benessere della persona come “salute mentale”**, declinandolo poi, in senso esclusivamente psichiatrico. La dimensione “psicologica”, non psichiatrica (la quale riguarda la patologia), è la costante che accompagna l’esperienza di vita di ogni persona nella salute, nella malattia e in ogni fase del ciclo di vita (infanzia, adolescenza, età adulta, vecchiaia); inoltre le percezioni, i vissuti, le esperienze delle persone condizionano fortemente i loro comportamenti e le loro scelte, anche di salute (pensiamo ai comportamenti preventivi versus i comportamenti a rischio). Tutto ciò, salvo rarissimi casi, non ha a che vedere con la “patologia” mentale.
4. **L’umanizzazione delle cure in ospedale è un aspetto molto importante, giustamente valorizzato da questa proposta di Piano Socio Sanitario**, tuttavia, per come viene declinata rischia nuovamente di essere “distorta” nei suoi intenti, con un abile tentativo di farla rientrare nel grande contenitore della psichiatria e dei DSM. Le conoscenze scientifiche di cui oggi disponiamo, quelle derivanti dal fatto di essere operatori sanitari oppure semplici cittadini che, direttamente o indirettamente, hanno fatto un’esperienza di malattia, hanno reso tutti noi consapevoli del fatto che la sofferenza che accompagna eventi traumatici (incidenti, alluvioni, etc) o malattie gravi, spesso croniche e/o a prognosi infausta, o talvolta anche eventi “fisiologici” della vita (nascita, separazione, etc.) ancorché intensa (es. forte calo dell’umore dopo una comunicazione di diagnosi di SLA o di tumore, o una reazione depressiva dopo un lutto improvviso), non può essere considerata come una “malattia” psichiatrica. Tale sofferenza, invece, esprime una reazione umana “sana” ad eventi drammatici della vita, che necessita prima di tutto e soprattutto di un ascolto e di un aiuto psicologico e, solo in qualche raro caso, di uno specifico intervento psichiatrico (è stato anche riportato, nel POSM (drg 651 del 9.03.2010) che il 27% dei pazienti che afferiscono all’Ospedale Generale hanno una “diagnosi psichiatrica” secondo il DSM-IV; considerato che la stragrande maggioranza di questa percentuale è rappresentata da reazioni ansioso-depressive e considerato che le persone in questione sono ricoverate in ospedale per un problema di salute, spesso importante, probabilmente ognuno di noi, in questa logica è, di fatto, un paziente psichiatrico!). Prova, invece, della forte domanda di “psicologia” che viene dai pazienti, dai loro familiari e dagli operatori è anche l’elevato numero di psicologi precari (specializzandi, borsisti, convenzionati, contrattisti, ecc.) presenti nei Servizi e nelle UU.OO. ospedaliere.
Medicalizzare tali sofferenze equivale a fornire ai pazienti risposte “inappropriate” ai loro bisogni di salute psicologica, significa incrementare inutilmente le prescrizioni farmacologiche, e anche non tener conto che la maggior di tali risposte sono di fatto già attuate dagli Psicologi (vedi ospedale di Vicenza, di Thiene, di Verona), con interventi che si rivolgono sia direttamente ai pazienti e ai loro familiari, sia, indirettamente agli operatori sanitari, alle equipe curanti e anche alle direzioni ospedaliere, per progetti specifici (es. programmi donazione d’organi, formazione/supervisione/supporto del personale, cambiamenti organizzativi, etc). Non trascurabile, inoltre, è la funzione di “cerniera” che spesso le unità di psicologia ospedaliera svolgono con le strutture del territorio, nell’ottica della continuità delle cure.
Per tutti questi motivi nella maggior parte delle regioni italiane (Piemonte, Valle d’Aosta, Trentino, Lombardia, Liguria, etc), è prevista una unità operativa autonoma di psicologia ospedaliera, come struttura capace di fornire in forma unitaria:
 - a. interventi specialistici propri della Psicologia (clinica, della salute e di comunità);
 - b. interventi necessari in “area critica” rivolti contemporaneamente ai pazienti, ai loro familiari e alle equipe curanti;

- c. programmi coordinati con la direzione strategica, rivolti agli operatori e/o all'organizzazione, finalizzati alla tutela della risorsa umana, al benessere organizzativo, alla qualità, alla gestione del rischio, alla comunicazione e al sostegno dei processi trasformativi aziendali;
 - d. progetti di assistenza multidisciplinari, in condivisione e in continuità intra-ospedaliera e Ospedale-Territorio, su tematiche ad alta integrazione socio-sanitaria;
 - e. programmi di ricerca sanitaria finalizzata, di ricerca-azione, tutoring per studenti, sia nell'ambito della formazione di base che specialistica post-universitaria, ecc. con ottimi programmi di integrazione socio-sanitaria per la continuità delle cure).
5. **La multidisciplinarietà**, che viene così frequentemente citata, appare a volte più come uno slogan che come una reale declinazione di intenti. Di fatto la multidisciplinarietà in questa proposta di Piano è rappresentata quasi esclusivamente dalle figure mediche e infermieristiche, trasversalmente ai vari temi.
6. **Questa organizzazione non consente multidisciplinarietà**: Un'organizzazione che tuteli l'unità bio-psico-sociale della persona malata si declina in forme rispettose dei bisogni differenziati di ciascun individuo, riconosce l'autonomia delle diverse professionalità e la molteplicità delle risposte e fonda su una reale integrazione il cui obiettivo è decidere quali strumenti, funzioni e risorse mettere in campo e non stabilire a priori chi comanda e chi ubbidisce. Un dettaglio tecnico interessante, inoltre, è che, in assenza di un nomenclatore specifico per codificarle, le numerosissime prestazioni effettuate dagli Psicologi vengono ricomprese nel computo di quelle psichiatriche, rendendo così "invisibili" sia i bisogni psicologici dei pazienti, che le prestazioni realmente effettuate, sia gli stessi psicologi. Sarebbe pertanto importante definire una reale "epidemiologia" dei bisogni di salute psicologica e stabilire quali risorse mettere in campo e/o come ottimizzare quelle esistenti.
7. **Area salute mentale**: In merito ai contenuti di questa area permane una forte perplessità rispetto il fatto che la psichiatria sia di fatto l'unica categoria che tratteggia gli indirizzi regionali in materia (a proposito di multidisciplinarietà e multi professionalità!), sviluppando, di conseguenza un modello esclusivamente psichiatrico e non di "salute mentale". I servizi di salute mentale sarebbero altra cosa: avrebbero servizi con attività diversificate ma anche responsabilità diversificate e non si preoccuperebbero solo di togliere autonomia e dirigenza di servizi agli psicologi, piuttosto, invece di cercare di risolvere il preoccupante incrementarsi della cronicità prodotta da questi modelli di intervento dispendiosi e psichiatrizzanti la nostra cultura sanitaria e la nostra gente. Continuando su questa linea, rischiamo, per i casi gravi la delega alle cooperative sociali in comunità di riabilitazione (che di riabilitazione di solito hanno poco...), mentre per i disturbi "minori" il rischio è quello di psichiatrizzare e medicalizzare qualunque forma di disagio, nell'adulto e in età evolutiva, con un indiscusso vantaggio per le case farmaceutiche. Da noi i processi di *Recovery* e di *Empowerment* sono più citati che applicati con il risultato di maggiore cronicità; ci sono regioni più virtuose e capaci di contrastare la cronicità e che non spendono più di noi. Ricordiamo qui che, a livello nazionale, il consumo di psicofarmaci è aumentato in maniera preoccupante negli ultimi anni, circa 310% negli ultimi 10 anni; nell'anno 2010 (Rapporto OsMed) sono state consumate 27.2 "pillole della felicità" ogni 1.000 abitanti; attualmente circa 4.500.000 di italiani assumono antidepressivi, che nel 60% dei casi risultano inefficaci. Negli Stati Uniti le prescrizioni di antidepressivi a bambini e adolescenti sono aumentate del 62% dal 1997 al 2001, una tendenza sempre più visibile anche in Italia, nonostante gli effetti collaterali, a medio-lungo termine di queste terapie non siano ancora sufficientemente chiari e l'efficacia dell'intervento psicologico sia nota. Una ricerca promossa dalla Società Tedesca per la Ricerca (Atto n. MA 1116/1) sul rapporto costi/benefici di un trattamento psicoterapico nelle sindromi di ansia caratterizzate da attacchi di panico, ha preso in considerazione 66 pazienti con una durata media del disturbo ansioso di 7 anni; con i quali era già stato tentato un trattamento sanitario senza successo; tutti furono sottoposti a psicoterapia cognitivo-comportamentale da psicologi-psicoterapeuti e controllati per un periodo di quattro anni; il risultato fu che l'80% vennero curati con successo (percentuale in linea con le medie relative a questo tipo di psicoterapia); il dato sicuramente più significativo però riguarda il risparmio che ne è derivato alla Cassa Mutua dei pazienti: infatti, a fronte di una spesa di oltre 8000 marchi per paziente per un periodo medio di

due anni (tra interventi medici, farmaci, ricoveri, ecc.) grazie alla psicoterapia i costi risultano scesi a circa 1458 marchi. Se si conteggiano poi i risparmi ottenuti nei due anni successivi al trattamento, si arriva a scoprire che per ogni marco speso per la psicoterapia cognitivo-comportamentale sono stati risparmiati circa 11 marchi in altri settori del sistema sanitario. Il dato è talmente rilevante che riteniamo debba far riflettere chi si occupa di politica sanitaria, tanto più che la sindrome di attacchi di panico, insieme all'agorafobia, sembra riguardare il 5% della popolazione. Oltre il 53% delle prescrizioni, anche in Italia, sono rivolte a disturbi del comportamento o disturbi della affettività, per i quali l'intervento psicologico presenta invece risultati di efficacia molto elevati.

Anche una recente indagine condotta dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (O.N.Da), notoriamente più "sensibile" ai disturbi di tipo ansioso-depressivo, ha evidenziato che l'83 per cento delle donne intervistate pensa che la terapia psicologica e i gruppi di auto aiuto siano più efficaci dei farmaci. Tuttavia, Non esistendo in Veneto, a differenza delle altre regioni italiane, un "luogo organizzato" dove portare dei bisogni di salute psicologica e non psichiatrici; le risposte a questi bisogni sono spesso confuse, mascherate, disperse, costose e poco efficaci. In effetti i dati disponibili indicano che laddove è carente la disponibilità di supporto psicologico, maggiore è l'utilizzo di farmaci, come "via breve" per contenere il disagio. L'abitudine ad utilizzare la terapia psichiatrico/farmacologica quasi come unica tipologia di risposta al disagio emotivo, oltre a pesare in maniera significativa sulla spesa farmaceutica regionale, presenta una scarsa adesione ai trattamenti, che in una buona parte dei casi diventano inefficaci e, alla fine producono cronicità e non risolvono i problemi, li fanno solo diventare "silenziosi".

Alla luce di queste considerazioni, ci permettiamo di sottoporre alla vostra attenzione le seguenti proposte emendative, nell'ottica di una maggiore multidisciplinarietà della proposta in oggetto.

PROPOSTE DI MODIFICA

1-UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA (pag. 29 e seguenti)

Abbiamo molto apprezzato la previsione, nella proposta di PSSR di "*un progetto umano-psicologico, non solo tecnico-scientifico disgiunto dalla sfera emotiva*" (pag 29, 4° capoverso).

Tuttavia, al 5° alinea (pag. 30) non si comprende l'aggiunta, nell'ultima versione approvata in Giunta, della frase "*Tale attività va inquadrata nel contesto di quanto previsto in materia dagli atti di programmazione regionale*", in quanto appare ovvio che **tutto** ciò che è contenuto nel PSSR deve essere "inquadrato nel contesto di quanto previsto in materia dagli atti di programmazione regionale". Ci si chiede pertanto se tale aggiunta non sancisca in realtà il completo assorbimento dell'attività di Psicologia Ospedaliera nell'area della Psichiatria, collocandolo all'interno del Progetto Obiettivo Salute Mentale (DGR. 651 del 9.03.2010).

Tale iniziativa, a nostro avviso è inaccettabile, per le considerazioni sopra esposte. Ricordiamo inoltre, che il capitolo del PSSR in cui è stata inserita l'attività di "psicologia clinica ospedaliera" è quello dell'**Umanizzazione delle cure**, che nulla ha a che vedere con la salute mentale/psichiatria e che sarebbe estremamente pericoloso confondere con essa. Ricordiamo infine che nella nostra Regione esistono già consolidati Servizi di Psicologia Ospedaliera, a valenza dipartimentale (Vicenza, Thiene, Verona, Venezia-Mestre, etc.), che in questo modo, perderebbero completamente la loro autonomia e l'impostazione metodologica e culturale, molto riconosciuta e apprezzata da tutte le divisioni di cura ospedaliere, dagli stessi operatori sanitari, dai pazienti e dai loro familiari e dalle direzioni sanitarie in cui questi stessi Servizi sono solitamente inseriti. Altre Regioni limitrofe (Piemonte, Lombardia, Trentino, ecc.), come la maggior parte delle regioni italiane, prevedono già da tempo Unità Operative autonome di Psicologia Ospedaliera, che collaborano (e non dipendono) con i servizi psichiatrici e sociali del territorio.

- Sugeriamo, pertanto la seguente **PROPOSTA DI MODIFICA: Al 5° alinea di pag. 30, TOGLIERE l'ultimo periodo**, che recita: "*Tale attività va inquadrata nel contesto di quanto previsto in materia dagli atti di programmazione regionale*".

- Proponiamo, invece, di consolidare il ruolo della psicologia ospedaliera, MODIFICANDO il punto come segue: ***“All’interno dei presidi ospedalieri va prevista un’unità operativa autonoma di psicologia ospedaliera, diretta da uno psicologo psicoterapeuta, che svolga attività cliniche (diagnosi, sostegno a pazienti e familiari, psicoterapia breve, -individuale e/o di gruppo-, formazione/supervisione degli operatori sanitari), di promozione della salute, e di valutazione dei rischi psicologici stress lavoro correlati (L.8/2010), in stretta sinergia e collaborazione con i servizi territoriali”.***

2- ASSISTENZA TERRITORIALE (pag. 36 e seguenti)

- **Pag. 36, 4° cpv. 7° alinea:** *“assistenza neuropsichiatrica infantile e adolescenziale”*, **PROPOSTA DI INTEGRAZIONE:** ***“assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile e adolescenziale”.***
- **Pag. 39: -Modelli organizzativi dell’assistenza territoriale-, 2° cpv., punto 1:** *“organizzazione in team multi professionali composti da medici, infermieri ed altri professionisti [...]”*, **PROPOSTA DI INTEGRAZIONE:** *“organizzazione in team multi professionali composti da medici, **psicologi**, infermieri, ed altri professionisti [...]”.*
- **Pag. 40: -Medicine di gruppo integrate-, 3° cpv., 1° alinea:** *“di essere fondate su un team multiprofessionale e multidisciplinare, strutturate sulla definizione dei problemi a cui il team stesso deve dare risposta. L’integrazione professionale comprende medici di famiglia [...] specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, assistenti sociali”*; **PROPOSTA DI INTEGRAZIONE:** *“di essere fondate su un team multiprofessionale e multidisciplinare, strutturate sulla definizione dei problemi a cui il team stesso deve dare risposta. L’integrazione professionale comprende medici di famiglia [...] specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, **psicologi**, infermieri, assistenti sociali”*
- **Pag. 43: -Cure palliative-, 3° cpv., 2° alinea:** *“incontri periodici di audit con gli infermieri e gli assistenti sociali delle cure domiciliari per ripercorrere le tappe dell’assistenza, le problematiche personali e di equipe e di avviare processi di miglioramento”*; **PROPOSTA DI INTEGRAZIONE:** *“incontri periodici di audit con tutta l’equipe di assistenza domiciliare (medici, **psicologi**, infermieri e assistenti sociali) per ripercorrere le tappe dell’assistenza, le problematiche personali e di equipe e di avviare processi di miglioramento”.*
- **Pag. 45: -I capisaldi della filiera dell’assistenza territoriale-, 2° alinea:** *“Sono membri del coordinamento: il direttore della funzione territoriale, il responsabile dell’U.O. cure primarie, il direttore della funzione ospedaliera, il responsabile delle professioni sanitarie, un farmacista, un assistente sociale, un medico e un pediatra di famiglia, uno specialista ambulatoriale interno, nominati...”*. **PROPOSTA DI INTEGRAZIONE:** *“Sono membri del coordinamento: il direttore della funzione territoriale, il responsabile dell’U.O. cure primarie, il **responsabile della UO Infanzia Adolescenza Famiglia**, il direttore della funzione ospedaliera, il responsabile delle professioni sanitarie, un farmacista, **uno psicologo**, un assistente sociale, un medico e un pediatra di famiglia, uno specialista ambulatoriale interno, nominati...”*.

3- ASSISTENZA OSPEDALIERA (pag. 46 e seguenti)

- **Pag. 47: 1° cpv, “Criteri”;** **PROPOSTA DI INTEGRAZIONE:** aggiungere, coerentemente con le premesse, il seguente alinea: ***“- umanizzazione dell’assistenza e progetto umano-psicologico.”***

- **Pag. 49: 2° alinea:** “valorizzazione delle competenze in termini organizzativi e delle relative responsabilità del personale infermieristico e tecnico-sanitario, anche con assunzione di ruoli gestionali all’interno del percorso ospedaliero”, **PROPOSTA DI INTEGRAZIONE:** “valorizzazione delle competenze in termini organizzativi e delle relative responsabilità del personale infermieristico, tecnico-sanitari e della **dirigenza sanitaria**, anche con assunzione di ruoli gestionali all’interno del percorso ospedaliero”.
- **Pag. 52: 4° cpv, 3° alinea:** “sulla riabilitazione intensiva neurologica” **PROPOSTA DI INTEGRAZIONE:** “sulla riabilitazione intensiva neurologica e **neuropsicologica**”.
- **Pag. 52-53: -Rete Urgenza-Emergenza-, PROPOSTA DI INTEGRAZIONE: aggiungere,** a pag. 53 un alinea: “-organizzare un’attività di assistenza psicologica a favore sia delle vittime di eventi traumatici per situazioni di emergenza territoriale ordinaria o di maxi emergenza (catastrofi), sia degli operatori del soccorso, frequentemente vittime di traumatizzazione vicaria”

4- AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO (pag. 70 e seguenti)

- **Pag. 70, 5° cpv., 3° alinea:** “la multiprofessionalità, con il coinvolgimento del medico/pediatra di famiglia, dell’assistente sociale, delle figure infermieristiche, degli specialisti delle discipline relazionate alle problematiche della persona (UMD)”; **PROPOSTA DI INTEGRAZIONE:** “la multi professionalità, con il coinvolgimento del medico/pediatra di famiglia, dello **psicologo**, dell’assistente sociale, delle figure infermieristiche, degli specialisti delle discipline relazionate alle problematiche della persona (UMD)”.
- **Pag. 74: -Area disabilità-, ultimo cpv., 2° alinea:** “aumentare la specializzazione e l’approfondimento da parte degli specialisti (psichiatri, neurologi) rispetto alla problematica della disabilità intellettiva”. **PROPOSTA DI INTEGRAZIONE:** “aumentare la specializzazione e l’approfondimento da parte degli specialisti (neurologi, psichiatri, **psicologi**) rispetto alla problematica della disabilità intellettiva”.
- **Pag. 75, 1° alinea:** “predisporre percorsi di condivisione e di supporto ai genitori nella fase di comunicazione della diagnosi [...]”; **PROPOSTA DI INTEGRAZIONE:** “predisporre percorsi di condivisione e **di assistenza psicologica** ai familiari nella fase di comunicazione della diagnosi [...]”.
- **Pag. 75: 2° cpv., 6° alinea:** “l’attivazione di un centro di ascolto e sostegno alle famiglie con bambini disabili [...]”; **PROPOSTA DI INTEGRAZIONE:** “l’attivazione di un centro di ascolto e **assistenza psicologica** alle famiglie con bambini disabili [...]”.

5- AREA DELLA SALUTE MENTALE (Pag. 77 e seguenti)

Alla luce delle considerazioni esposte in premessa e per garantire un’organizzazione che tuteli davvero l’unità bio-psico-sociale, si declini in forme rispettose dei bisogni differenziati di ciascun individuo, riconosca l’autonomia delle diverse professionalità e la molteplicità delle risposte e si fondi su una reale integrazione, anziché sulla subordinazione, si ritiene indispensabile che, per dare la possibilità ai cittadini veneti di avere accesso alle cure e al benessere psicologico, e per coordinare le attività psicologiche già esistenti, benché poco valorizzate, nei dipartimenti di salute mentale, istituire un’unità operativa di psicologia nei DSM.

- **PROPOSTA INTEGRATIVA:** “All’interno dei DSM sia prevede una unità operativa di psicologia clinica, diretta da uno psicologo-psicoterapeuta, per far convergere e organizzare tutte le attività psicologiche del dipartimento, e che abbia funzioni psicodiagnostiche, psicoterapeutiche, riabilitative, di counselling e sostegno all’individuo e alla famiglia, di bilancio neuropsicologico delle abilità cognitive (utilissimo nel moderno trattamento delle psicosi), in stretta sinergia e collaborazione con le attività psichiatriche, con l’ospedale e gli altri servizi del territorio”.

Questo contributo è stato redatto in conformità alle *“Linee d’indirizzo per l’assistenza psicologica erogata dalle strutture organizzative complesse di psicologia, territoriali ed ospedaliere, del S.S.N e per gli interventi a favore dello sviluppo dell’integrazione socio-sanitaria¹”* ma, è anche frutto della riflessione tra professionisti psicologi operanti nelle strutture sanitarie degli Ospedali e del Territorio e del confronto con le Associazioni dei familiari e con le altre Istituzioni degli Psicologi.

Lo spirito e i suggerimenti in esso contenuti vanno nell’ottica dell’integrazione e della multidisciplinarietà, speriamo pertanto possano essere utili per migliorare le risposte ai bisogni salute di tutti cittadini nel senso della qualità, efficacia ed umanizzazione dell’assistenza, che da sempre caratterizzano la sanità nella Regione Veneto.

Cordiali saluti

Il Presidente
Dott.ssa Rita Gualtieri

Il Segretario Nazionale e Referente per il Veneto
Dott.ssa Elena Bravi

Recapito corrispondenza:

Dott. Elena Bravi
Via Podgora, 18 – 37127 Verona

Tel. cell. 348-9194007; 347-4699881
Tel. lav. 045 8122519; fax 045 8123813

elibravi@gmail.com

¹ *“Linee d’indirizzo per l’assistenza psicologica erogata dalle strutture organizzative complesse di psicologia, territoriali ed ospedaliere, del S.S.N e per gli interventi a favore dello sviluppo dell’integrazione socio-sanitaria” elaborato a cura di SIPSOT In collaborazione con Ufficio di Presidenza di Federsanità A.N.C.I. Nazionale, Direttivo Nazionale di Federsanità A.N.C.I., Federsanità A.N.C.I Piemonte. Novembre 2003, Revisione 2010”, Politeja Editore, 2010*