

Verona, 18 Luglio 2013

Dott. Leonardo Padrin, Presidente

V[^] Commissione Consiliare Sanità e Sociale -Regione Veneto-
Palazzo Ferro-Fini, S. Marco 2322/b
30124 VENEZIA

Dott. Sinigaglia Claudio, Vice Presidente

V[^] Commissione Consiliare Sanità e Sociale -Regione Veneto-
Palazzo Ferro-Fini, S. Marco 2322/b
30124 VENEZIA

Sigg. Consiglieri Regionali Componenti

V[^] Commissione Consiliare Sanità e Sociale -Regione Veneto-
Palazzo Ferro-Fini, S. Marco 2322/b
30124 VENEZIA

OGGETTO: *"Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993 e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016"*

– OSSERVAZIONI e PROPOSTA EMENDATIVA –

Egregio Sig. Presidente dr. Padrin, Gentili Sigg. Consiglieri,

In merito all'adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera, elaborate rendere il sistema più coerente con i cambiamenti socio-epidemiologici, innovare i modelli organizzativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate in questi anni e adottare modelli gestionali più efficienti, e in linea con quanto sostenuto nel Piano Socio Sanitario (PSSR) 2012-2016 recentemente approvato, la scrivente Società Scientifica, intende presentare le seguenti osservazioni, che sottopone all'attenzione della V Commissione Consiliare della Regione Veneto.

1. Come giustamente premesso dalla Regione, nella definizione delle schede si intendono tenere in considerazione *"gli obiettivi prioritari, le scelte strategiche e i criteri di riorganizzazione del SSR individuati del PSSR"*; ed è proprio in coerenza al PSSR che richiamiamo i quattro principi fondamentali della programmazione sanitaria, tra cui troviamo l'**"Umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria"**, assieme all'universalità, l'equità, l'integrazione socio-sanitaria.

L'umanizzazione dell'assistenza e la centralità della persona rischiano tuttavia di restare solo premesse "vuote", se non viene data declinazione operativa a concetti quali quelli citati nel PSSR, ad esempio, *"Basilare diventa il rapporto relazionale del cittadino con il SSSR, per cui il paziente non dovrà essere mai un "caso" ma resta sempre una persona, e la cura sarà l'espressione di un progetto umano-psicologico e non di un approccio teorico-scientifico disgiunto dalla sfera psico-emotiva"*.

Poco più avanti, inoltre, viene espressamente dichiarato che *“per rendere effettiva l’Umanizzazione appaiono determinanti le seguenti scelte”* (...):

- *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, formazione/supervisione degli operatori sanitari e promozione della salute in ambito psicologico”*
- *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;*
 - A. *diffondere la cultura dell’empowerment, per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute;*
 - B. *promuovere progetti di formazione orientati prevalentemente a:*
 - *fornire a tutti gli operatori una preparazione professionale sui problemi delle relazioni e della comunicazione;*
 - *preparare adeguatamente gli operatori impegnati nel primo livello di accoglienza;*
 - *adottare modelli di accoglienza degli assistiti e dei familiari nei luoghi di pronto soccorso.*

Si sottolinea infine 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”*.

Richiamare la “centralità del paziente, l’umanizzazione delle cure” e la “globalità della persona” rischiano però di diventare solo formule di rito, se a questa non seguono comportamenti organizzativi ed assistenziali coerenti.

2. L’attuale dotazione della rete ospedaliera risale a circa dieci anni or sono (DGR 2223/2002). Anche in quel documento, comunque, venivano previsti Servizi di Psicologia, in nuce, autonomi e trasversali, in staff alla Direzione Sanitaria (*“Per quanto riguarda l’area psicologica, il Direttore Generale, sentito il Collegio di Direzione, incarica un Dirigente Psicologo in staff al Direttore Sanitario, con compiti di coordinamento per la promozione della qualità degli interventi psicologici, ivi compresa l’attività formativa di Psicologia Clinica, in accordo con i Responsabili delle Unità Operative interessate -DGR 3223/2002 “Struttura delle schede di dotazione ospedaliera-”*); a distanza di un decennio però, non solo tale direttiva rimane tutt’ora incompiuta in gran parte degli Ospedali della Regione, ma a dispetto di nuovi bisogni e di nuove incontrovertibili evidenze sull’efficacia e l’efficienza degli interventi psicologici in Ospedale, dell’esistenza reale e ormai datata di Servizi molto attivi nelle principali Aziende Ospedaliere della Regione e di un PSSR che cita espressamente la funzione della Psicologia Ospedaliera, ebbene, ancor oggi spiace constatare che della Psicologia, nelle schede di dotazione ospedaliera, non c’è traccia. O meglio, solo una piccolissima traccia, presso il Presidio Ospedaliero di rete dell’USL 4, dove è prevista una UOSD di Psicologia Clinica in staff alla Direzione Medica.

Appreziamo molto questa iniziativa, tuttavia risulta difficile comprendere come mai gli altri Servizi di Psicologia Ospedaliera già esistenti da numerosi anni e molto attivi presso Ospedali “Hub”, alcuni anche di riferimento regionale, (es. Verona, Vicenza, Mestre, etc.), non vengano nemmeno nominati.

Ciò anche in considerazione dell’elevata complessità degli interventi assistenziali che si svolgono presso i centri “Hub” e i numerosi PDTA che includono interventi psicologici come elemento di qualità e di

umanizzazione, oltre che di efficienza (pensiamo alla Rete dei Trapianti, alla Rete Emergenza-Urgenza Neonatale e Pediatrica, alla Rete Oncologica, agli interventi di formazione e supporto al personale sanitario per il benessere organizzativo, alla centralizzazione del paziente nel percorso di cura, alla riduzione del contenzioso, etc).

3. Gli interventi psicologici in Ospedale sono esplicitamente previsti anche da diversi documenti ufficiali vigenti (Piano Sanitario Nazionale, Legge sull'HIV 135/90; Legge 91/99 Donazione e Trapianto, Unità Spinali, area dell'Emergenza-Urgenza, Legge 38/2010 Cure Palliative e lotta al dolore; Malattie genetiche e rare; Malattie oncologiche; malattie cardiovascolari e stroke; problematiche ostetriche e neonatologiche; Unità spinali; Dlgs 81/2010 sui rischi psicosociali al lavoro; diversi Piani Sanitari Regionali, Contrasto alla violenza e maltrattamento alle donne e ai bambini, "Carte" dei diritti dei malati adulti e pediatrici, tutela della maternità, etc.) e sono prevalentemente orientate:

- 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.

In quest'ottica, 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 (ad esempio, i LEA della Psicologia nella Provincia Autonoma di Trento).

4. Numerose sono, ad oggi, le evidenze di efficacia e costo-efficacia prodotte dalla ricerca e dalle esperienze sul campo (D. Lazzari *"Ricadute economiche degli interventi psicologici, in Psicologia Sanitaria e Malattia Cronica: interventi evidence-based e disease management"*, Pacini Ed. 2011). Una meta-analisi sui costi basata su 91 studi (Chiles et al, 1999) ha esaminato pazienti con diverse patologie medico-chirurgiche, in regime di degenza ed ambulatoriale, in relazione a diverse tipologie di intervento psicologico, ed ha rilevato una riduzione dei costi variabile tra il 20% ed il 30%; il 90% di questi mostrava una riduzione della spesa e solo nel 7% dei casi il costo dell'attività psicologica superava il risultato ottenuto. Una metanalisi ormai datata (Devine, 1992) di 191 ricerche sui risultati di interventi psicologici in pazienti chirurgici ha mostrato una riduzione media, rispetto ai controlli, di 1.5 giorni di degenza, equivalente ad un risparmio pro-capite di 180\$ e con un rapporto tra spese psicologiche e risparmio 1:10.

Nonostante queste crescenti evidenze, tuttavia, persino un recente editoriale di *"The Nature"* (Sept 27, 2012) sottolinea come la ricerca psicologica/psicoterapeutica sia ingiustamente penalizzata, probabilmente per la

manca di finanziamenti e per il mancato sostegno economico da parte dell'industria farmaceutica (!).

CONCLUSIONI E SINTESI

L'intervento psicologico in Ospedale nella nostra così come in altre Regioni, 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.

Le aree e i percorsi maggiormente interessati dall'intervento psicologico in Ospedale, oggi, sono:

- L'area materno-infantile (ostetricia-ginecologia, neonatologia e TIP, pediatria, PS pediatrico, etc);
- L'emergenza/urgenza (Pronto Soccorso, Terapia Intensiva, Rianimazioni, 118, etc) e le "nuove emergenze" (violenze alle donne, maltrattamenti/abusi ai bambini, vittime di incidenti della strada, lutti improvvisi, etc.);
- L'area donazione/trapianto, da cadavere e da vivente (*"Linee di Indirizzo per l'Intervento Psicologico in area trapianti"* Dgr. 851/09 e Legge 91/99);
- L'area cardiologica-cardiochirurgica (stili di vita, riabilitazione, controllo dei fattori di rischio "comportamentali", *"Linee guida per l'intervento psicologico in cardiologia riabilitativa"*, etc);
- La malattia cronica, evolutiva, degenerativa (es. malattie oncologiche, neurologiche, rare, etc);
- L'approccio non farmacologico al dolore dell'adulto e del bambino (vedi Legge 38/2010);
- La riabilitazione, gli stili e la qualità di vita (riabilitazione neuropsicologica, supporto ai caregiver, etc);
- Il valore della comunicazione e della relazione con il malato e i suoi familiari (adulti, bambini, anziani, stranieri, etc);
- Il clima organizzativo e il disagio psicosociale al lavoro (Dlgs 81/2010)
- La formazione psicologica agli operatori sanitari

I soggetti coinvolti, in tutti i percorsi, sono sempre: il malato, la sua famiglia, l'equipe di cura, l'organizzazione ospedaliera. I criteri che ispirano l'intervento sono quelli della **trasversalità organizzativa** dell'intervento psicologico (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.

PROPOSTA EMENDATIVA

Per tutte le considerazioni sopra esposte risulta difficilmente accettabile un progetto di programmazione regionale che non valorizzi realtà già esistenti, operanti, efficaci, efficienti ed in pieno sviluppo.

Appare peraltro importante riconoscere e normare adeguatamente la presenza di specifiche Strutture di Psicologia Ospedaliera con modalità organizzative funzionali e correlate al livello di complessità dell'Ospedale in cui sono inserite ("Hub", "Spoke", Riferimento Regionale, etc).

Si propone, pertanto di:

1. **AGGIUNGERE** al punto "Indirizzi e criteri operativi" per l'assistenza ospedaliera, il concetto di "Umanizzazione delle cure", già previsto nel PSSR, e ***l'intervento psicologico ospedaliero e***

della salute, anche come contributo all'integrazione multidisciplinare dei PDTA e delle reti cliniche integrate.

- 2. AGGIUNGERE, nell'elenco delle strutture previste, ALMENO UNA UOC / UOSD DI "PSICOLOGIA" PER OGNI CENTRO HUB ed eventualmente in altri Centri Spoke, da valutare, IN STAFF ALLA DIREZIONE MEDICA**

Rimanendo a vostra disposizione per qualsivoglia chiarimento in merito alla proposta, e certa di una Vostra attenta valutazione in proposito, Vogliate gradire distinti saluti.

La Presidente
(dr.ssa Elena Bravi)

Dr. Elena Bravi
Psicologo, Psicoterapeuta
Resp. S.S.F. "Intervento psicologico in area critica"
U.S.O. Psicologia Clinica, Borgo Trento
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona
tel. 045-8122519; 8122692; fax 045-8123813; Segreteria 045- 8123412
e-mail: elena.bravi@ospedaleuniverona.it

e-mail: info.sipsot@gmail.com