

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area “Psicologia clinica e di comunità” (circolare n. 14/2013)

neuropsichiatria
infanzia e adolescenza salute
psichiatria nelle carceri dipendenze
psichiatria infanzia infanzia
dipendenze patologiche
psichiatria adulti
salute mentale adulti dipendenze patologiche

**Linee di indirizzo
alle Aziende Sanitarie
in tema di organizzazione dell'Area
“ Psicologia clinica e di comunità”**

INDICE

1. Introduzione
2. Il gruppo di lavoro e gli obiettivi
3. Modelli organizzativi della Psicologia e risorse impiegate
- 3.1 Modelli organizzativi e risorse impiegate nelle Aziende Sanitarie Locali
- 3.2 Modelli organizzativi e risorse impiegate nelle Aziende Ospedaliere
4. Raccomandazioni generali alle Aziende USL e alle Aziende Ospedaliere
5. Raccomandazioni specifiche per aree tematiche e target
- 5.1 Target infanzia- adolescenza
- 5.2 Target Adulti
- 5.3 Target Anziani
- 5.4 Psicologia Ospedaliera
- 5.5 Salute Organizzativa e Qualità
- 5.6 Promozione della Salute
- 5.7 Salute nelle carceri
- 5.8 Emergenza e Catastrofi
6. Aree di miglioramento e approfondimento
- 6.1 Il sistema informativo
- 6.2 Percorsi di accesso e applicazione dei ticket
- 6.3 Formazione e Supervisione
7. Attività di accompagnamento e monitoraggio

ALLEGATI

Documento Regionale sulla Psicologia Clinica e di Comunità in Emilia-Romagna datato Dicembre 2010 e presentato il 12.5.2011 in occasione del convegno “I bisogni psicologici in Emilia-Romagna: linee di indirizzo per gli interventi nel SSR”.

RIFERIMENTI PER LA CONSULTAZIONE

Linee di indirizzo per l'assistenza psicologica erogata dalle strutture organizzative complesse di psicologia territoriali e ospedaliere del SSN – Politeia, 2010 – A cura di SIPSOT (Società Italiana di Psicologi Servizi Ospedalieri e Territoriali).

1. Introduzione

Presso il Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali di questa Regione è stato attivato nel 2009 un Gruppo di lavoro, costituito da referenti per la psicologia clinica e di comunità designati dalle rispettive Aziende USL dell'Emilia-Romagna, con il mandato di condurre una ricognizione dell'esistente e di procedere alla costruzione di una proposta condivisa di indirizzi specifici per le Aziende Sanitarie Locali, finalizzata all'avvio e al consolidamento delle attività di psicologia clinica e di comunità con i dovuti requisiti di uniformità ed equità di accesso per tutti i cittadini residenti in Emilia-Romagna.

Nel corso del proprio mandato, tale gruppo ha prodotto un documento di proposta dal titolo "Psicologia Clinica e di Comunità in Emilia-Romagna" contenente le principali caratteristiche delle risposte della Psicologia clinica e di comunità per i bisogni di specifici target, con relativo glossario, codifica degli interventi e dei possibili prodotti. Per arricchire il documento con il contributo di rappresentanti della committenza interna, la Regione ha istituito un gruppo di lavoro multi professionale (determina n°13400/2011) che vede la presenza, accanto a professionisti psicologi, di rappresentanti delle Direzioni Aziendali delle –, delle Direzioni di Distretto, delle Direzioni di Presidio Ospedaliero, delle Direzioni dei Dipartimenti di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche e dei Dipartimenti di Cure Primarie.

2. Il gruppo di lavoro e gli obiettivi

Composizione del gruppo di lavoro:

Coordinamento

Mila Ferri (*Responsabile Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri*)

Per la Regione Emilia-Romagna

Marilena Durante (*Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri*)

Barbara Leonardi (*Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri*)

Per le Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere

Giordana Dordoni (*Ausl Piacenza*)

Piera Reboli (*Direzione Distretto Ausl Piacenza*)

Rossella Cocconi (*Ausl Parma*)

Francesca Tanzi (*AO Parma*)

Francesco Micella (*Ausl Reggio Emilia*)

Daniela Rebecchi (*Ausl Modena*)

Patrizia Guidetti/Massimo Marcon (*Direzione Socio Sanitaria Ausl Modena*)

Paola Vandelli (*Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena*)

Marco Chiappelli (*Ausl Bologna*)

Angelo Fioritti (*Dir. DSM – DP Ausl Bologna*)

Mara Morini (*Dir. Cure Primarie Ausl Bologna*)

Damiano Suzzi (*Ausl Imola*)

Ernesto Stoppa (*Ausl Ferrara*)

Vittorio Foschini (*Ausl Ravenna*)

Domenico Grandini / Claudio Ravani (*Ausl Forlì*)
Luigi Gualtieri (*Ausl Cesena*)
Maria Maffia Russo (*Ausl Rimini*)
Stefano Busetti (*Direzione Sanitaria, Presidio Ospedaliero di Rimini-Santarcangelo*)

Durante il suo mandato il gruppo si è inoltre interfacciato con altri professionisti e gruppi di lavoro regionali:

Claudia Zilioli *Ausl Parma*
Giacchino Pagliaro *Ausl Bologna*

Bruna Baldassarri *Servizio Presidi Ospedalieri Regione ER, interfaccia per gruppo lavoro regionale*
“Relazioni empatiche e attività di counseling nella relazione operatore assistito”.

Maura Forni *Servizio Politiche familiari, Infanzia, Adolescenza Regione ER, interfaccia con*
Monica Pedroni *gruppo di lavoro “Integrazione socio-sanitaria minori” - (applicazione DGR 1904/2011)*
Gino Passarini

Malvina Mazzotta *Ausl Imola*
Simona Licalzi *Ausl Ravenna*
Giovanna Campaniello *AO Parma*
Paolo Paolucci *AOU Modena*

Il gruppo si è posto l'obiettivo di approfondire alcune aree critiche e/o in espansione della Psicologia, nonché di integrare i contenuti tecnico-professionali del documento iniziale con indirizzi di tipo programmatico-gestionale che possano costituire uno standard minimo di riferimento per tutte le Aziende Sanitarie.

Obiettivi del presente Atto di Indirizzo sono quindi:

- ribadire e sottolineare il carattere trasversale delle risposte psicologiche ai bisogni dei cittadini, nel rispetto della mission dei diversi Servizi e Dipartimenti in cui gli Psicologi operano;
- sostenere le Aziende Sanitarie nella definizione organizzativa delle attività di Psicologia, al fine di salvaguardarne governo clinico ed appropriatezza;
- promuovere azioni innovative e di riorientamento in alcune aree di intervento della Psicologia.

3. Modelli organizzativi della Psicologia e risorse impiegate

3.1 Modelli organizzativi e risorse impiegate nelle Aziende Sanitarie Locali

I dati di seguito presentati sono un aggiornamento dell'indagine contenuta nel documento tecnico "Psicologia clinica e di comunità". La rilevazione è stata compiuta al 31.12.2011 e ha riguardato tutte le Ausl della Regione. Così come nell'analisi precedente si richiedeva di indicare la dotazione di risorse psicologiche nelle singole AUSL, la loro destinazione nelle diverse aree di principali competenze, le tipologie di rapporto di lavoro (dipendente, professionista ambulatoriale psicologo, libero professionista, dipendente cooperativa, borsista; questi ultimi due raggruppati nella categoria "altro" in tabella 3). Il dato quantitativo richiesto riguardava sia il numero di persone impiegate che le ore /settimana effettivamente impiegate per ogni area di riferimento. Le unità equivalenti (UE) di dotazione di personale psicologo sono la risultante della divisione totale del numero di ore/settimana/38. Ai referenti psicologi partecipanti al gruppo è stato chiesto inoltre di fornire informazioni sull'organizzazione aziendale della funzione psicologica, di mettere in evidenza criticità e fattori positivi e censire gli atti formali istituenti.

La *tabella 1* evidenzia che sono tre le Aziende USL che non hanno ancora formalizzato un'organizzazione della Psicologia (Piacenza, Bologna, Ravenna). Cinque Aziende USL hanno formalizzato invece "Programmi Aziendali di Psicologia" di tipo funzionale, di cui quattro in staff al DSM e uno in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale. In due Aziende USL il responsabile del Programma di Psicologia è titolare di UOC (Reggio Emilia e Rimini). Sono tre infine le Aziende USL che hanno formalizzato strutture gestionali con alcune specifiche differenze: la Ausl di Modena ha definito una UOC di Psicologia all'interno del DSM; l'Ausl di Forlì ha in corso l'istituzione di un Programma Gestionale in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale; l'Ausl di Cesena ha definito una Struttura Semplice Aziendale gestionale collocata nel DSM.

In tutte le Ausl che hanno previsto un'organizzazione della funzione psicologica, sia essa attraverso U.O. o Programma, la direzione è affidata ad uno Psicologo. I principali dati quantitativi relativi all'indagine sono contenuti nelle tabelle 2, 3 e 4. Da questi possiamo riassumere che il numero totale di psicologi utilizzati nelle AUSL della Regione Emilia Romagna è di 616 unità, per un totale di 518,2 Unità Equivalenti di professionisti impegnati in 38 ore/settimana (vedi Tab. 3). Gli psicologi dipendenti e PAP sono 475 unità e corrispondono a circa 430 UE, ossia l'82,78% del totale della risorsa psicologo impegnata, con un range che va dal 96,83 di Piacenza al 66,05 di Parma.

¹ *I dati si sono nel frattempo modificati e il quadro relativo agli anni 2012 e 2013 verrà analizzato e reso noto dalla istituenda commissione di monitoraggio.*

Tabella 1 - Situazione organizzativa della Psicologia nelle Ausl della Regione al 31.12.2011

AUSL	Situazione organizzativa	Atti istitutivi
Piacenza	Non vi è un'organizzazione della Psicologia a livello aziendale. E' però presente una U.O.S. (unità operativa semplice) di Tutela Minori afferente al DCP.	
Parma	<p>Programma aziendale di Psicologia clinica e di comunità, di tipo funzionale e inserito nel DAISM (Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche).</p> <p>Il Direttore del programma di psicologia è anche Direttore di Struttura Complessa "U.O. Riabilitazione", sempre afferente al DAISM-DP.</p> <p>Per quel che riguarda le attribuzioni sovradipartimentali, le funzioni del Programma, sono esplicitate in esecuzione degli indirizzi della Direzione Sanitaria.</p>	<i>Il programma di Psicologia è istituito con deliberazione n. 937/2009, così come previsto dal regolamento del DAI SMDP approvato con deliberazione DG n. 97 del 11/02/2011</i>
Reggio-Emilia	Struttura Organizzativa Complessa "Programma di Psicologia Clinica e di Comunità" afferente alla Direzione del DSMDP, che si rapporta funzionalmente con le Direzioni delle Strutture Complesse e Semplici del DSMDP e si interfaccia con le direzioni degli altri servizi dell'AUSL.	<i>Atto Aziendale 2009 Articolazione Organizzativa del DSM-DP Ausl di Reggio Emilia – revisione del 20-08-2010</i>
Modena	Unità Operativa Complessa di Psicologia clinica, di carattere gestionale, inserita nel DSM-DP.	<i>Delibera del DG N° 159 del 29-07-2003 Oggetto: Definizione delle competenze e del modello organizzativo del servizio di psicologia clinica.</i>
Bologna	Non vi è un'organizzazione della Psicologia a livello aziendale (è attivo un gruppo di lavoro sul tema). E' presente inoltre un'Unità Operativa Complessa di Psicologia Ospedaliera, con funzione gestionale, nel Dipartimento Oncologico del Presidio Ospedaliero.	<i>Delibera della ex Ausl Città di Bologna n. 399 del 05-08-2003</i>
Imola	Programma di Psicologia, di tipo funzionale, in staff alla Direzione Sanitaria aziendale.	<i>Delibera DG n. 7 del 27 gennaio 2011</i>
Ravenna	Non vi è un'organizzazione della Psicologia a livello aziendale (è presente una sperimentazione di psicologia ospedaliera).	
Ferrara	Programma di Psicologia, di tipo funzionale, in staff al DSM-DP.	<i>Documento di Presentazione del Dipartimento di salute mentale. Revisione n. 03 del 13-12-2005</i>
Forlì	Riorganizzazione in corso con prospettiva di istituire un Programma di Psicologia, di tipo gestionale, in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.	
Cesena	SSA Struttura semplice aziendale, di tipo gestionale, collocata nel DSM-DP.	<i>Approvato dal Collegio di Direzione del 28/02/2012; Presentato alle OO.SS. della Dirigenza Medica e Sanitaria;- Integrato da osservazioni del Gruppo Tecnico indicato dal Tavolo della Dirigenza Sanitaria.</i>
Rimini	Unità Operativa Complessa "Programma di Psicologia", di tipo funzionale, in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.	<i>Deliberazione del DG n.30 del 27/10/2006</i>

Confrontando la dotazione di UE psicologi nelle singole AUSL con la popolazione residente di riferimento (n. Psicologi / 100.000 abitanti) è possibile rilevare alcune differenze. A fronte di una media regionale di 11,7 UE ogni 100.000 abitanti, le Asl di Bologna, Forlì e Rimini si attestano sulle 13 UE circa ogni 100.000 abitanti, mentre Modena presenta il valore più basso con le sue 9,5 UE per ogni 100.000 abitanti (tab 2).

Tabella 2 – Calcolo delle Unità Equivalenti (UE) di psicologo (personale strutturato e non strutturato) nelle AUSL dell'Emilia-Romagna, anche in rapporto alla popolazione target alla dotazione totale.

AUSL	UE personale dipendente (dipendenti + PAP)	% UE dipendenti + PAP su totale	UE personale non dip (LP + altro)	% UE LP + altro su tot	UE TOTALI	Pop target	incidenza Ue su 100mila abitanti			
							UE dip /100.000 pop target	UE LP / 100.000 pop target	Tot UE / 100.000 pop target	Pop target /tot UE
PC	30,5	96,83	1,0	3,17	31,5	289.887	10,5	0,3	10,9	9.203
PR	34,7	66,05	17,8	33,95	52,5	442.070	7,8	4,0	11,9	8.427
RE	59,1	97,41	1,6	2,59	60,7	530.388	11,1	0,3	11,4	8.745
MO	61,8	92,78	4,8	7,22	66,6	700.914	8,8	0,7	9,5	10.523
BO	84,7	74,30	29,3	25,70	114,0	860.037	9,8	3,4	13,3	7.544
IMOLA	12,8	77,27	3,8	22,73	16,5	131.961	9,7	2,8	12,5	7.978
FE	34,0	88,89	4,3	11,11	38,3	359.994	9,4	1,2	10,6	9.412
RA	38,5	86,33	6,1	13,67	44,6	392.458	9,8	1,6	11,4	8.796
FO	19,5	78,31	5,9	23,69	24,9	187.698	10,4	3,1	13,3	7.538
Cesena	23,9	97,15	0,7	2,85	24,6	207.788	11,5	0,3	11,8	8.454
RN	29,6	67,08	14,51	32,92	44,1	329.244	9,0	4,4	13,4	7.465
RER	429,0	82,78	89,7	17,31	518,2	4.432.439	9,7	2,0	11,7	8.553

Tabella 3 – Calcolo delle dotazioni di personale (numero persone e UE) per tipologia di contratto (PAP personale ambulatoriale psicologo; LP personale libero professionista; Altro borse di studio, rimborsi ore psicologo ad enti locali)

AUSL	Dipend N.	Dipend UE	PAP N.	PAP UE	% UE dipendenti + PAP su totale	LP N.	LP UE	Altro N.	Altro UE	% UE LP + altro su tot	Person Totale N.	TOT UE
PC	30	30,00	2	0,50	96,83	3	1	0	0,00	3,17	35	31,5
PR	36	33,68	3	0,97	66,05	12	5,71	24	12,10	33,95	75	52,5
RE	59	55,71	6	3,37	97,41	0	0	2	1,57	2,59	67	60,7
MO	64	60,20	3	1,6	92,78	2	0,75	4	4,06	7,22	73	66,61
BO	81	77,80	11	6,9	74,30	40	26,5	5	2,80	25,70	137	114,0
Imola	12	12,00	1	0,78	77,27	8	3,76	0	0,00	22,73	21	16,5
FE	34	34,00	0	0	88,89	4	3,07	3	1,18	11,11	41	38,3
RA	38	38,00	1	0,52	86,33	7	6,1	0	0,00	13,67	46	44,6
FO	20	19,50	0	0	78,31	6	5,4	1	0,50	23,69	27	24,9
Cesena	25	23,38	1	0,5	97,15	2	0,7	0	0,00	2,85	28	24,6
RN	47	28,63	1	0,94	67,08	14	11,34	4	3,17	32,92	66	44,1
RER	446	412,90	29	16,08	82,78	98	64	43	25,38	17,31	616	518,2

AUSL	PC		PR		RE		MO		BO		Imola		FE		RA		FO		Cesena		RN		TOT UE % TOT	
	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%		
NPIA	11,0	34,42	10,7	20,71	20,1	33,14	13,1	19,67	37,8	33,18	3,0	18,16	17,4	45,44	14,9	33,49	2,8	10,96	7,7	31,65	15,5*	35,16	154,0	29,7
Psichiatria	3,8	12,02	3,0	5,82	4,4	7,24	4,4	6,61	15,7	13,75	3,8	22,88	8,7	22,68	5,0	11,21	3,0	11,83	1,7	6,95	1,7	3,75	55,1	10,6
DP	3,5	10,95	8,5	16,54	9,1	14,92	8,2	12,30	10,7	9,34	0,4	2,66	8,2	21,43	9,0	20,17	3,8	14,91	5,0	20,58	2,9	6,68	69,3	13,4
Carceri	0,5	1,56	2,1	3,98	1,4	2,26	0,0*	0,00	1,4	1,22	0,0	0,00	1,0	2,61	0,5	1,17	3,0	11,83	0,0	0,00	0,9	2,14	10,8	2,1
DCA	1,0	3,13	1,8	3,45	1,9	3,12	1,2	1,80	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	1,2	2,58	0,0	0,00	0,0	0,00	0,3	0,70	7,3	1,4
Tutela minori	7,4	23,03	10,0	19,39	12,1	19,92	13,5	20,27	7,4	6,45	2,3	13,98	0,0*	0,00	0,0	0,00	4,7	18,65	0,0*	0,00	9,8	22,18	67,1	13,0
Consultorio Fam	0,6	1,97	2,0	3,88	1,7	2,87	7,0	10,51	22,5	19,70	4,0	24,21	0,0	0,00	7,0	15,69	2,0	7,89	6,2	25,60	5,1	11,48	58,1	11,2
Consultorio Gio	0,7	2,13	3,5	6,83	1,0	1,70	0,0*	0,00	5,4	4,69	0,0*	0,00	1,0	2,61	0,0	0,00	2,0	7,89	0,0	0,00	0,2	0,45	13,8	2,7
Ospedale	0,8	2,44	4,6	8,98	2,6	4,25	5,7	8,56	8,0	7,01	2,6	15,92	0,0	0,00	4,0	8,97	3,3	13,05	1,0	4,12	2,8	6,36	35,4	6,8
H adulto - fis	0,3	0,97	0,0	0,00	0,0	0,00	0,8	1,14	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	1,7	7,00	1,5	3,34	4,2	0,8
H adulto - ment	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,3	1,03	0,0	0,00	2,1	4,84	2,4	0,5
sanità pub	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	1,8	1,56	0,0	0,00	1,0	2,61	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,5	1,14	3,3	0,6
Anziani	0,4	1,13	5,4	10,43	3,5	5,82	2,0	2,94	1,3	1,12	0,4	2,18	0,0	0,00	2,0	4,48	0,0	0,00	0,0	0,00	0,8	1,77	15,7	3,0
Altro	2,0	6,26	0,0	0,00	2,9	4,77	2,8	4,20	2,3	1,98	0,0	0,00	1,0	2,61	1,0	2,24	0,5	1,97	1,0	4,12	0,0	0,00	13,5	2,6
C. adolescenza	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	1,7	2,55	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	1,7	0,3
C. Psi adulti e Ter. Fam	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	6,3	9,46	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	6,3	1,2
tot UE ASL	32,0	100,00	51,6	100,00	60,7	100,00	66,6	100,00	114,1	100,00	16,5	100,00	38,3	100,00	44,6	100,00	25,4	100,00	24,3	100,00	45,8	100,00	517,9	100

Tabella 4 – Calcolo delle dotazioni di psicologo totale (UE dipendenti + PAP + LP) nelle principali aree di impegno per ogni azienda USL e relativa percentuale sul totale delle UE

I dati della *tabella 4*, che vedono la distribuzione delle UE totali di psicologo nelle diverse aree di intervento, presentano un ampio margine di approssimazione in quanto le diverse organizzazioni aziendali non hanno sempre favorito una raccolta omogenea dei dati, soprattutto per quel che riguarda le UE dedicate al carcere (incluse spesso nelle UE Dipendenze Patologiche), alla Tutela Minori (in alcune Aziende comprese nelle UE della NPIA; in altre nelle Cure Primarie) e al Consultorio Giovani, il più delle volte conteggiate all'interno del consultorio familiare. Va inoltre precisato che il Centro Adolescenza e Centro Psicologia Adulti e Terapia Familiare, afferiscono direttamente al Servizio di Psicologia Clinica dell'Azienda Ausl di Modena e non trovano un corrispettivo organizzativo nelle altre realtà.

2

Modena

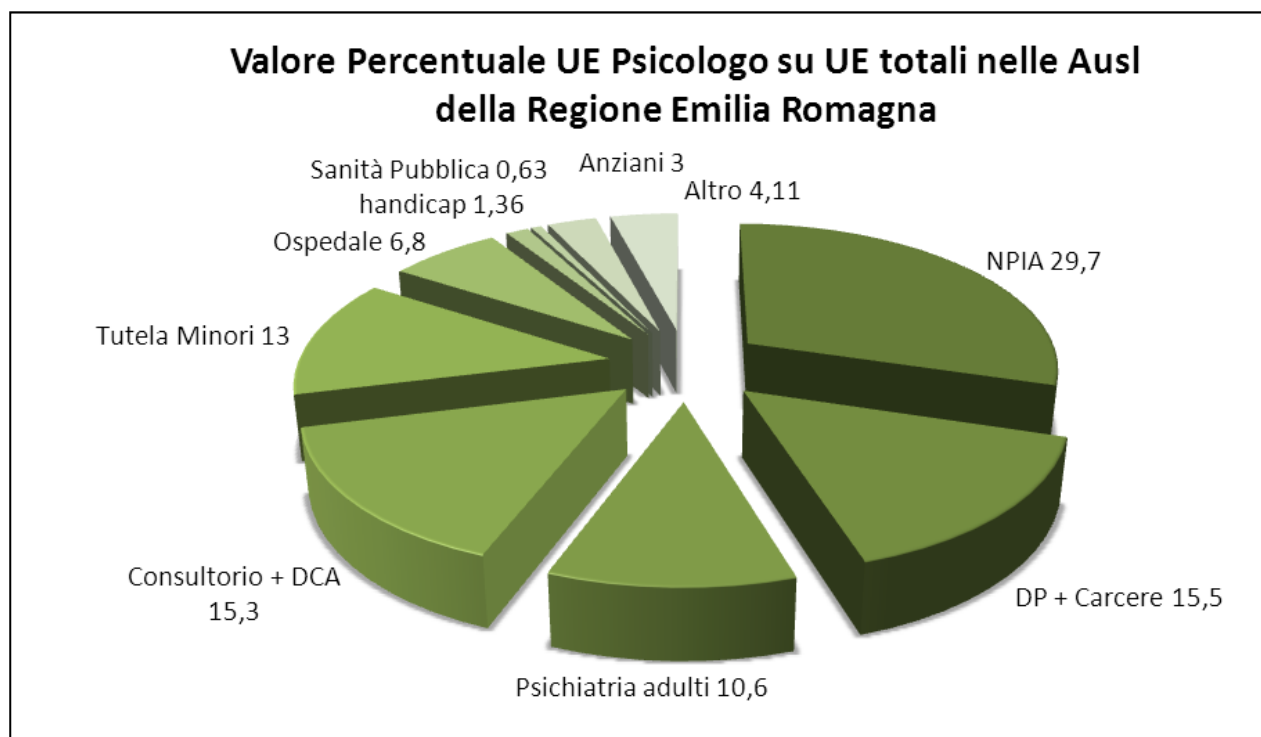
Le UE per il Carcere sono incluse nelle UE delle DP

Le UE dello Spazio Giovani sono comprese in quelle del Consultorio Familiare Bologna Le UE di Tutela Minori sono comprese sia nelle CP che NPIA Imola Le UE dello Spazio Giovani sono incluse nelle UE del Consultorio Familiare Ferrara Le UE dedicate alla Tutela Minori sono incluse nelle UE della NPIA Forlì Le UE dedicate al DCA sono incluse nelle UE dedicate al Consultorio Giovani Cesena La tutela minori è compresa nella NPIA e assorbe circa il 40% delle risorse Rimini Le UE della NPI sono comprensive del personale del Centro Autismo HUB Vasta Romagna

La *tabella 5* evidenzia il grado di assorbimento delle UE di psicologo nei diversi settori di intervento, rispetto la dotazione globale. In ordine decrescente, le aree maggiormente coinvolte dalla presenza degli psicologi sono la Neuropsichiatria (29,7%), le Dipendenze patologiche (15,5%), il Consultorio familiare (15,3) e la Psichiatria adulti (10,6).

Particolarmente significativi sono i dati relativi all'area Tutela Minori e Psicologia Ospedaliera.

Tabella5 - Impiego delle UE di psicologo nelle diverse aree organizzative



Come già rimarcato, il dato relativo all'area tutela minori è probabilmente sottostimato. La rilevazione evidenzia che circa il 13% delle UE di psicologo vengono dedicate a questo ambito, con forti differenze territoriali, sia per quel che riguarda il tasso di assorbimento (spicca il 20,27% di UE utilizzate nell'Ausl di Modena contro il 6,45 dell'Ausl di Bologna), le collocazioni dipartimentali, gli accordi con gli Enti locali per la gestione delle deleghe e l'utilizzo di personale più o meno strutturato.

Per quel che concerne invece la psicologia ospedaliera, la rilevazione evidenzia come pressoché tutte le Ausl dedichino risorse psicologiche ai presidi ospedalieri presenti sul proprio territorio. A livello regionale sono impiegate 36,7 UE che rappresentano il 7,1% delle UE totali di risorsa psicologo, con un range che va dal 15,9 % di Imola al 2,4 di Piacenza. Le situazioni organizzative sono molto disomogenee

Nella Ausl di Piacenza, ad esempio, la Psicologia Ospedaliera è inserita nell'Unità Operativa Complessa di Emergenza/Urgenza il cui responsabile è uno Psichiatra; a Reggio Emilia invece la Psicologia Ospedaliera si limita agli incarichi PAP indicati in tabella per reparti di oncologia e a un incarico a tempo indeterminato nel reparto riabilitazione. La Ausl di Bologna rappresenta un'eccezione disponendo di U.O.C. gestionale di Psicologia Ospedaliera nel Dipartimento Oncologico del Presidio Ospedaliero. Vanno segnalate infine le Ausl di Ravenna e Ferrara: nella prima esiste dal 2010 un

progetto sperimentale che impegna psicologi liberi professionisti e che fornisce un servizio di psicologia ospedaliera ai reparti di tutti e tre gli ospedali del territorio; a Ferrara è invece attivo un progetto di psico-oncologia in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera e l'Università.

3.2 Modelli organizzativi e risorse impiegate nelle Aziende Ospedaliere

In Regione sono presenti cinque Aziende Ospedaliere. La tabella 6 presenta un quadro sintetico della situazione organizzativa della funzione psicologica in ognuna di esse ed evidenzia le risorse dedicate al 31.12.2011. Sono due le Aziende Ospedaliere che dispongono di un Servizio di Psicologia a carattere gestionale (Parma e Modena); in tutti gli altri casi la funzione psicologica afferisce a diversi Dipartimenti senza un coordinamento formalizzato, con problemi di frammentazione e dispersione delle risorse.

Tabella 6 – Situazione organizzativa della psicologia nelle aziende ospedaliere della Regione

Azienda Ospedaliera	Situazione organizzativa	Risorse psicologo
AO Parma	<p>Il Servizio di Psicologia inserito in una UOS e coordinato da un Medico della Direzione Sanitaria. E' allocato in staff alla direzione sanitaria ed ha carattere gestionale. Esiste un protocollo che regola gli accordi tra gli psicologi del servizio e i diversi reparti. I principali ambiti di intervento sono: Neurologia, Oncologia, Clinica chirurgica e Trapianti d'organo, Rianimazione.</p> <p>Lo psicologo è inoltre una presenza stabile in equipe multiprofessionali. Dal 2001 su determinazione della direzione sanitaria è attivo anche un progetto su gestione del rischio ed eventi sentinella. Gli psicologi sono nei gruppi di lavoro aziendali e collaborano alla stesura di linee guida e nei percorsi formativi rivolti ai professionisti. Il servizio di Medicina Preventiva dell'Azienda ha messo inoltre in evidenza il bisogno di intervento psicologico per i propri dipendenti.</p> <p>Nel 2012 il servizio rischia la sospensione delle attività.</p>	5 psicologi a contratto libero professionale.
AOU Reggio Emilia	<p>La funzione psicologica è distribuita in diversi dipartimenti. Non esiste un governo clinico unitario. Il personale strutturato (1 psicologo a tempo pieno) è principalmente impegnato nel Dipartimento Ostetrico-ginecologico-pediatico nelle aree: ostetricia, neonatologia, centro sterilità, genetica, pediatria, NPI, Ugee.</p> <p>Le UE dell'Azienda USL sono impegnate in Neuropsichiatria, DCA e Nefrologia.</p>	<p>1 UE dipendente 2,6 UE ASL 9 LP, UE non pervenute 1 LP da associazione 4 borse di studio aziendali e di associazioni</p>
AO Universitaria Policlinico di Modena	<p>Il Servizio di Psicologia ospedaliera è inserito nella Struttura Operativa Complessa (S.O.C.) Formazione e Aggiornamento che afferisce al Dipartimento Amministrativo della Direzione Amministrativa, ha carattere gestionale.</p> <p>Il Direttore del Servizio è uno Psicologo.</p>	<p>6 psicologi dipendenti a tempo pieno e 6 collaboratori, per un totale di 12 professionisti in servizio. UE tot=8 Di queste, 2,7 UE sono finanziate con budget non aziendale (associazioni, borse di studio, finanziamento ministeriale, ecc)</p>
AOU di Bologna Policlinico Sant'Orsola-Malpighi	<p>Non esiste un'organizzazione formalizzata della psicologia ad eccezione di una articolazione funzionale "Psicologia clinica specialistica" (di cui è responsabile uno Psicologo) all'interno dell'U.O. Pediatria.</p> <p>Nel 2012 e' stata inoltre avanzata una proposta per un Programma dipartimentale di "Psicologia dell'età evolutiva" presso il Dipartimento Salute della donna, del bambino e dell'adolescente.</p> <p>Tutti i professionisti operano all'interno delle U.O. di afferenza senza collegamenti formalizzati tra di loro.</p>	<p>2 psicologi dipendenti a tempo pieno e 18 collaboratori, per un tot di 20 professionisti in servizio.</p> <p>Gli psicologi LP sono distribuiti su diverse U.O (prevalentemente pediatria, neonatologia ed età evolutiva) per un totale di n295 ore settimana (7,7 UE).</p>
A.O.U Sant'Anna di Ferrara	<p>Non esiste un'organizzazione formalizzata della funzione psicologica. I due psicologi afferiscono al Dipartimento Neuroscienze Riabilitazione.</p>	<p>Due psicologi, una dipendente a 38 ore e una libera professionista a 30 ore (tot UE 1,7) . Esistono poi diversi incarichi su ambiti di ricerca e interventi molto specifici, frammentati nei diversi Dipartimenti ed affidati in maniera discontinua su fondi gestiti dai professori ordinari e/o in collaborazione con associazioni di famigliari.</p>

Lo stato della Psicologia all'interno delle 5 Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie rispecchia la situazione delle Ausl per quel che riguarda sia l'eterogeneità organizzativa che il governo clinico delle prestazioni psicologiche. Esistono tuttavia buone prassi in cui l'articolazione organizzativa e l'autonomia gestionale garantiscono risposte qualificate ed appropriate diventando un elemento di qualità dei Reparti/ Dipartimenti visti come committenti.

4. Raccomandazioni generali alle Aziende USL e alle Aziende Ospedaliere

1. I Servizi di Psicologia e le attività svolte dagli psicologi si confermano trasversali alle Aziende Sanitarie coinvolgendo, sia nell'ambito ospedaliero che territoriale, settori strategici afferenti la clinica, la promozione della salute, la formazione e l'organizzazione.
2. Da parte dei diversi committenti invitati al Tavolo regionale è stata condivisa la necessità che l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera decidano l'assetto organizzativo delle funzioni di Psicologia. Tale scelta è a garanzia del governo clinico e dell'appropriatezza della prestazione, aspetti particolarmente significativi in presenza di risposte trasversali ai diversi Dipartimenti, con spiccate caratteristiche di integrazione pluriprofessionale, ma anche di specifica competenza da salvaguardare.
3. Le esperienze in corso suggeriscono che un'organizzazione di tipo funzionale, ossia senza il governo delle risorse, permette solo in parte il lavoro su appropriatezza, competenza clinica, formazione e supervisione. Al contrario, l'esperienza in campo in diverse Aziende Sanitarie, in cui la Psicologia è organizzata in Unità Operative o Programma con proprietà gestionali, evidenzia una maggiore efficacia, efficienza e coerenza tra governo clinico ed appropriatezza degli interventi. Il governo delle risorse garantisce inoltre la possibilità di orientare e riorientare le scelte al mutare dei bisogni, favorendo una maggiore tempestività e flessibilità nelle risposte. Dal punto di vista organizzativo, infatti, la Psicologia, come altre discipline, si colloca a metà tra la committenza e la produzione. L'analisi della domanda è una parte integrante dell'elaborazione della risposta e quindi del servizio erogato. Tale processo di "analisi e negoziazione" che si verifica abitualmente nel rapporto con l'utenza, dovrebbe poter essere garantito anche nei confronti della committenza interna a salvaguardia, quindi, dell'appropriatezza delle risposte. A questo proposito è opportuno ricordare che il profilo multidisciplinare di diverse equipe di lavoro (Consultori Familiari, Servizi per le Dipendenze, NPIA, ecc) contempla la figura dello psicologo come costitutiva dell'equipe stessa. Questa appartenenza va necessariamente coniugata con l'identità culturale e professionale di cui il Servizio/ Programma di Psicologia è garante e polo di orientamento in ciascuna Azienda.
4. Indipendentemente dalla collocazione del Servizio/Programma di Psicologia ritenuta più idonea da ogni Ausl (interna/esterna a singolo Dipartimento, in staff a Direzione Aziendale), si ritiene elemento strategico ai fini di governo clinico e appropriatezza della risposta, che la Direzione Sanitaria Aziendale svolga comunque una funzione di garanzia nel processo di allocazione delle risorse.

5. Raccomandazioni specifiche per aree tematiche e target

Il continuo evolvere dei bisogni psicologici e l'emersione di nuove aree di intervento ha portato il gruppo di lavoro ad approfondire l'analisi presentata nel documento Psicologia clinica e di comunità in Emilia Romagna, che rimane base di lettura necessaria per la comprensione del presente atto di indirizzo e ne costituisce parte fondamentale. I seguenti paragrafi vanno quindi ad integrare il documento "Psicologia clinica e di comunità in Emilia Romagna", di cui ricalcano la scansione per target e ambiti disciplinari, e offrono un'indicazione per possibili riconversioni e ri-orientamento di risorse per i Programmi/Servizi di Psicologia.

5.1 Target infanzia- adolescenza

La tutela minori è un'area particolarmente complessa perché più di altre incrocia i cambiamenti della società: la cultura dell'infanzia, i rapporti tra generazioni, l'organizzazione dei servizi, l'atteggiamento della politica, l'idea stessa di società.

In questi anni i servizi hanno assistito ad un aumento delle richieste di prestazioni per questa area di intervento e molti dispositivi organizzativi sono stati messi in crisi. Nel capitolo 4 si è già fatto riferimento alla difficoltà di rilevare in modo preciso le risorse (UE unità equivalenti) di psicologi utilizzati in questo delicato settore di intervento e all'eterogeneità dei diversi assetti organizzativi (diverse collocazioni dipartimentali, diversi accordi con Enti locali per la gestione delle deleghe, utilizzo di personale non strutturato, ecc). Le criticità maggiori si manifestano nelle aree d'incontro tra organizzazioni e professioni: l'integrazione tra sociale, sanitario ed educativo, è ancora un obiettivo ed un processo da presidiare con attenzione. La questione centrale è come tenere insieme due livelli di responsabilità (sanitaria e sociale) con la necessaria specificità d'intervento professionale, nelle sfere dell'assistenza, sostegno e aiuto e nella vigilanza, protezione e tutela.

In base alla normativa attuale l'integrazione socio-sanitaria deve essere garantita su più livelli.

1. presa in carico e intervento integrato attraverso le equipe territoriali (LR14/2008 - Norme in materia di politiche per le giovani generazioni, art. 17; LR 2/2003);
2. valutazione dei casi complessi e accoglienza fuori famiglia (DGR 1904/2011-Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari; DGR 911/2007-Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza: requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico- assistenziali; DGR 313/2009, Piano attuativo salute mentale 2009-2011).
3. Presa in carico di situazioni che risultano più compromesse, sia sul piano dello sviluppo psicofisico del bambino o adolescente, sia sul piano dell'adeguatezza genitoriale attraverso equipe specialistiche (LR14/2008, art. 18).

E' evidente come la funzione di Tutela Minori comprenda una componente sanitaria per la quale le Aziende USL debbono prevedere un governo in grado di garantire competenza specifica, procedure adeguate all'entità della domanda, gestione delle interfacce e formazione continua agli operatori impegnati. Le esperienze in corso hanno evidenziato che il governo clinico dell'area è fondamentale per un'armonizzazione delle risorse e una maggiore appropriatezza della risposta. Si è dimostrato inoltre di più difficile gestione il governo di professionisti psicologi alle dipendenze di Enti Locali o ASP/ASC con spesa a rimborso delle AUSL.

5.2 Target Adulti

Esiste una criticità per quel che riguarda l'equità nella modalità di accesso al servizio di consultazione psicologica rivolto ad adulti, soprattutto là dove la funzione psicologica non è organizzata in modo formale. Coerentemente con il Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011 che invita già le Aziende a definire un proprio piano di garanzia dell'accesso e declinarlo concretamente nella propria pianificazione annuale delle azioni, l'indicazione è quella di pensare percorsi di accesso al servizio di consultazione psicologica più efficaci e chiari, interfacciati con i diversi servizi/UO e con i MMG. Viene ribadita la necessità, soprattutto nei casi di bisogni complessi con eziologia multifattoriale, di definire procedure integrate mediante protocolli tra tutti i servizi afferenti all'area dell'assistenza distrettuale.

5.3 Target Disabili Adulti e Anziani

Il gruppo di lavoro regionale ha evidenziato una discrepanza tra bisogni emergenti in questa area e le risorse di psicologo impegnate nelle diverse Ausl. L'intervento dello psicologo con la persona anziana va declinato avendo come riferimento il continuum normalità-patologia conclamata, sapendo che l'area grigia può presentare sia condizioni pre-cliniche che, se non affrontate adeguatamente in termini preventivi, si tramutano presto in condizioni patologiche, sia condizioni di fragilità, che possono virare verso i poli della normalità o della patologia a seconda della presenza o meno di interventi di promozione della salute.

Le aree di miglioramento riguardano sicuramente gli interventi nelle aree grigie sopra citate, mentre per quel che riguarda il tema della disabilità, che è trasversale a diversi Dipartimenti, si profila la necessità di armonizzare i percorsi, ancora troppo disomogenei a livello regionale (es. DCP per disabilità acquisita, DSM per disabilità mentale ecc.)

Di fronte all'aumento progressivo di bisogni legati alla non autosufficienza e alla cronicità, maggiore attenzione deve essere quindi dedicata all'ambito socio assistenziale e alla gestione integrata della cronicità, sia per quel che riguarda i pazienti che i loro famigliari, con gli strumenti propri della professione (valutazione neuropsicologica, counseling motivazionale, formazione degli operatori socio-sanitari, pratiche supportive delle reti contestuali e dei caregiver).

5.4 Psicologia ospedaliera

Il gruppo regionale ha evidenziato la necessità di una regia degli interventi psicologici in ospedale che affianchi al modello organizzativo della consulenza per affermare quello dell'integrazione dei saperi medico e psicologici in particolare. Come ribadito anche nel documento regionale "Raccomandazioni alle Aziende sanitarie e alle Strutture private accreditate per lo sviluppo di relazioni empatiche e attività di counseling nella relazione operatore assistito", lo psicologo interviene nell'équipe non perché esperto cui demandare la comunicazione con il paziente, bensì quale professionista che offre il suo apporto insieme agli altri professionisti coinvolti nel processo di cura.

Una regia unitaria e trasparente eviterebbe l'eccessiva frammentazione e dispersione del personale psicologo che agisce in ospedale (borsisti, stagisti, psicologi a contratto libero professionale incaricati dalle associazioni di utenti e/o caregiver...) a vantaggio di una maggiore tutela del paziente e dei suoi famigliari, di un governo clinico unitario e quindi di una maggiore qualità della prestazione erogata.

L'intervento psicologico nel contesto ospedaliero va disposto come servizio integrato nel sistema di cura e sviluppato lungo diverse direttrici operative in risposta a bisogni e attese differenziate per tipologie di destinatari. Così come già indicato nel documento Psicologia clinica e di comunità in ER" questi sono: pazienti/famiglie, operatori sanitari, l'Istituzione sanitaria, e l'associazionismo, che

sempre di più gioca un ruolo importante nelle diverse fasi del percorso di cura e assistenza.

- **Pazienti e famiglie:** Gli interventi volti ad alleviare la sofferenza psichica, prevenire e gestire lo stress conseguente allo sviluppo di malattie acute o croniche, a condizioni di disabilità congenita o acquisita; i trattamenti psicoterapeutici non sono considerati bisogno elettivo e vanno preferibilmente erogati in ambito territoriale dopo la dimissione ospedaliera. Importanti sono altresì gli interventi di counseling motivazionale finalizzati a promuovere cambiamenti nello stile di vita e gli interventi di presa in carico precoce in diversi ambiti e gruppi target.
Gli interventi volti a supportare il nucleo familiare lungo tutte le fasi del percorso di cura, dalla prima comunicazione di diagnosi fino a momenti successivi la dimissione del paziente, quando necessario. L'attenzione posta ai familiari del paziente si basa sul presupposto che la malattia di un componente della famiglia influisca in modo inevitabile su tutto il nucleo familiare modificandone l'equilibrio interno e rendendo dunque ancora più delicata la gestione di un momento complesso quale quello della malattia.
- **operatori sanitari:** sviluppare percorsi formativi e fornire strumenti e conoscenze psicologiche che consentano di gestire, a partire da una visione olistica della persona, il processo assistenziale in modo globale e in tutte le sue fasi;
- **istituzione sanitaria,** sviluppare percorsi per sostenere la continuità assistenziale ospedale/territorio, soprattutto nei casi di malattia cronica;
- **associazionismo,** favorire un maggiore coinvolgimento dello stesso nei percorsi assistenziali, specie ad alta complessità al fine di promuovere l'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale.

Posto che il contributo della psicologia è stato ritenuto trasversale alle diverse specializzazioni e organizzazioni dipartimentali, il gruppo evidenzia un suo particolare ruolo strategico in alcune aree quali cardiologia, cure palliative, emergenza, fisiopatologia della riproduzione, genetica, neurologia, oncologia, terapia intensiva, trapiantologia, traumatologia .

Il gruppo evidenzia inoltre la necessità che le suddette attività vengano svolte in applicazione a quelle che sono le linee guida e le pratiche del programma Health Literacy che prevede, attraverso una specifica formazione preventiva, una accresciuta capacità dell'operatore di comprendere il paziente e di instaurare con lui una relazione che abbia come fondamento una migliore e più fluida comunicazione oltre a una più elevata attenzione alla gestione degli aspetti emotivi e cognitivi, consentendo così all'assistito di avere maggiore chiarezza di tutto il processo terapeutico.

3

Per un approfondimento sulla psicologia ospedaliera vedi:

Carta dei diritti dei bambini ed elle bambine in ospedale - UNESCO;

Decreto 28 settembre 1999 - Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative;

Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita art. 7 - legge 40/2004;

Linee guida per test genetici, rapporto del gruppo di lavoro del 19 maggio 1998 Istituto Superiore di Sanità;

Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con sclerosi laterale amiotrofica (SLA) -

Assessorato Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna;

Global idf/ispad guideline for diabetes in childhood and adolescence - International Diabetes Federation 2011

Diagnosi e terapia del carcinoma ovarico - Documento di indirizzo n.7dell'Istituto Superiore Sanità - marzo 2004

Piano oncologico nazionale 2010/2012 Istituto Superiore di Sanità

Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica - Società Italiana di Psico-oncologia, 1998

L'assistenza psicologica nei trapianti d'organo. Ann. Istituto Superiore Sanità vol. 36 n.2 (2000).

5.5 Salute organizzativa e qualità

Tra le novità introdotte dal D. Lgs. 81/08, un ruolo di primo piano assume la definizione, mutuata dall'OMS, del concetto di "salute" intesa quale "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità" (art. 2, primo comma, lettera o) che rappresenta la premessa per la garanzia di una tutela dei lavoratori anche attraverso un'adeguata valutazione del rischio stress lavoro correlato.

La valutazione dei rischi diventa elemento centrale per l'approntamento di un'adeguata attività di prevenzione. L'oggetto della valutazione fa riferimento a "tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004" (art. 28, primo comma).

Da diverso tempo la ricerca e le più recenti evidenze empiriche hanno indicato che la salute e la sicurezza dei lavoratori possono essere compromesse da "fattori di rischio trasversali" o psicosociali, individuabili, per loro natura, all'interno della complessa articolazione che caratterizza il rapporto fra il professionista e l'organizzazione in cui questi è inserito (ILO, 1986). L'Organizzazione Internazionale del Lavoro (1986) ha definito i rischi psicosociali in termini di interazioni tra contenuto del lavoro, gestione ed organizzazione del lavoro, condizioni ambientali e organizzative da un lato, e le competenze e le esigenze dei lavoratori dipendenti dall'altro. Quelle interazioni che risultano essere pericolose influenzano la salute dei lavoratori attraverso le loro percezioni e la loro esperienza (ILO, 1986).

Le competenze psicologiche nei campi delle relazioni, gestione delle risorse umane, comunicazione, modificazione degli atteggiamenti e dei comportamenti, assegnano una specifica rilevanza alla professionalità psicologica all'interno del Servizio Sanitario anche per il ruolo che essa può ricoprire rispetto alla salute organizzativa, al management e all'incremento della qualità.

Pur non esistendo all'oggi modelli operativi univoci di intervento relativo allo stress lavoro correlato, le esperienze della nostra regione e le valutazioni della comunità scientifica convergono verso un modello in grado di prevenire lo stress lavoro-correlato non solo predisponendo un sistema di regole, ma promuovendo lo sviluppo della salute organizzativa, integrando il sistema normativo con azioni rivolte al miglioramento del benessere organizzativo, riguardanti la struttura, i ruoli organizzativi, l'innovazione, i processi e la cultura organizzativa, le politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane, la comunicazione interna ed esterna, la valorizzazione e diffusione di buone prassi. Affinché questo tipo di azioni risultino efficaci si suggerisce di andare verso una stretta collaborazione e alleanza della Psicologia con la Direzione e con i Servizi che si occupano di Amministrazione, Organizzazione e Sviluppo del Personale.

5.6 Promozione della salute

In diversi documenti internazionali viene oramai da decenni affermato il profondo legame tra promozione della salute e promozione del benessere. Nel quadro strategico sottostante al Piano regionale della Prevenzione 2010/2012 viene ribadito che *"le condizioni di vita giocano un ruolo fondamentale sulla salute della popolazione e che le stesse condizioni e il benessere dei cittadini sono il risultato dell'azione dell'intera società, non solo quindi del mondo sanitario"*.

Promuovere il benessere significa superare il modello del deficit, non negando il disagio ma assumendone la complessità e orientare l'intervento alla valorizzazione delle capacità e allo sviluppo delle potenzialità. Questo cambiamento di paradigma implica un cambiamento radicale nei metodi e nelle tecniche che gli operatori sono chiamati ad adottare: per favorire processi di empowerment le persone, i gruppi, le comunità, non sono più fruitori ma devono diventare protagonisti attivi degli

interventi. I contesti possono essere diversi (scuole, luoghi di lavoro, luoghi di cura, ecc) così come il momento del ciclo di vita che le persone stanno attraversando.

La Psicologia, attraverso alcune sue articolazioni disciplinari - Psicologia di comunità e Psicologia della salute in primis - dispone di conoscenze e strumenti capaci di coniugare aspetti soggettivi interni con aspetti del contesto ed è in grado di attivare risorse gruppali e collettive finalizzate al cambiamento individuale e sociale. In un processo quindi, che coinvolge necessariamente competenze differenziate e un ampio numero di operatori, lo psicologo può giocare un ruolo importante attraverso sue competenze specifiche, quali:

- attivazione di processi partecipati e di ricerca azione;
- conoscenza dei processi psicologici correlati ai comportamenti a rischio e ai comportamenti di salute;
- connessione tra operatori, servizi, agenzie;
- formazione (linguaggi appropriati al contesto e ai destinatari, autoefficacia, strategie di coping, approccio motivazionale ecc).

Il gruppo di lavoro regionale ha avviato una collaborazione con il Servizio Regionale di Sanità Pubblica, che ha la titolarità del Piano Regionale della Prevenzione, finalizzata ad una maggiore reciproca conoscenza e alla possibilità di integrare nella proroga al Piano prevista per il biennio 2013/2014 alcuni punti significativi, che coinvolgono direttamente le conoscenze e competenze della Psicologia. A titolo esemplificativo si è condivisa l'opportunità di coinvolgere maggiormente gli psicologi negli interventi di counselling motivazionale utilizzati nei programmi che promuovono cambiamenti nello stile di vita (prevenzione generale), negli interventi di presa in carico precoce (prevenzione selettiva) in diversi ambiti e gruppi target (bambini sovrappeso e obesi, adolescenti con DCA, con consumo di sostanze, fallimenti adottivi, sessualità a rischio).

5.7 Salute nelle Carceri

Dal 2008 l'assistenza sanitaria in carcere - fino ad allora in carico al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia - è affidata al Servizio Sanitario Regionale. Nel 2010 la Giunta Regionale ha approvato il primo programma che definisce gli standard clinico assistenziali che ogni Azienda Sanitaria deve garantire negli istituti del proprio territorio. Il secondo Programma Regionale "Salute nelle Carceri" in corso di approvazione tramite apposito DGR, contiene una riflessione sul Servizio Psicologico presente all'interno delle carceri della Regione.

Viene affermato come la figura dello psicologo, all'interno dell'Area Sanitaria del Carcere, è di fondamentale importanza in quanto, ponendosi come "esperto della relazione", il clinico può accompagnare e sostenere il paziente durante la carcerazione, con un'attenzione alla persona e alla sua storia, favorendo la promozione del benessere individuale.

Lo psicologo clinico affianca gli altri specialisti dell'Area Sanitaria nella definizione dei bisogni di cura e assistenza del soggetto, favorendo una presa in carico personalizzata e la compliance del soggetto della cura. Ciò avviene in accordo con il P.A.I. previsto nelle linee guida del percorso clinico assistenziale per le persone detenute elaborato dalla Regione Emilia Romagna (circolare n. 15 del 2012).

Lo psicologo coordina e integra i propri interventi con gli operatori delle altre aree del servizio sanitario nazionale, in particolare con il Servizio Cure Primarie, in modo da garantire continuità di percorsi assistenziali all'interno e all'esterno del Carcere.

E' disponibile a strutturare, nel rispetto della privacy del paziente, e in sinergia con l'equipe multidisciplinare, momenti di interfaccia con gli operatori dell'Area Sicurezza e dell'Area Trattamentale, con

particolare attenzione alla pianificazione di progetti di cura, atti a favorire e implementare le risorse dei soggetti, e prevenire il rischio suicidario.

Le funzioni dello psicologo sono così riassunte:

- attività di valutazione dello stato mentale del detenuto e della presenza del disagio psichico, sia al momento dell'ingresso in istituto, sia in qualsiasi altro momento dell'iter detentivo, su richiesta del medico, per evidenziare eventuali aree di vulnerabilità o la presenza di rischio suicidario;
- percorsi psicologici individuali di supporto, attivabili in qualsiasi momento dell'iter detentivo;
- percorsi psicologici di gruppo per rivalorizzare dinamiche interpersonali orientate alla consapevolezza, al mutuo aiuto e al rinforzo del cambiamento.

A queste, si aggiungono alcune specificità legate al regime di custodia attenuata per tossicodipendenti attivo presso gli Istituti di Castelfranco Emilia, Forlì e Rimini. In queste sezioni a custodia attenuata le valenze di programma terapeutico sono in primo piano rispetto quelle di custodia e ciò permette una presa in carico del detenuto con obiettivi terapeutici più ampi. Tali obiettivi si articolano in una presa in carico psicologica di tutti i detenuti in custodia attenuata con la modalità del trattamento gruppale che si affianca ai colloqui individuali e agli interventi rivolti ai familiari.

Infine, con l'emanazione della Legge 9 del 2012, che prevede il superamento degli OPG, la Regione, che a Reggio Emilia ospita uno dei 6 OPG italiani, ha messo in campo diversi interventi per assicurare l'assistenza necessaria alle persone e superare i reparti chiusi. Oltre all'individuazione delle nuove strutture (REMS - Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza – che saranno tre per un totale di circa 40 posti suddivisi per genere e tipologia di funzione) la Regione si sta attrezzando per rispondere anche al comma 4 dell'articolo 3 ter della legge che prevede che "le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico dai DSM". E' evidente che la funzione psicologica avrà un ruolo importante nella realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi in cui tutti i servizi sanitari territoriali saranno coinvolti, in integrazione con i servizi sociali comunali, per il necessario reinserimento nei contesti sociali di appartenenza.

5.8 Emergenza e catastrofi

Nell'ultima direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri emanata il 13 giugno 2006 "Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi (G.U. n. 2000 del 29 agosto 2006) per la prima volta vengono indicati alle Regioni ed alle Province Autonome precisi modelli organizzativi per una presenza effettiva sugli scenari dell'emergenza delle professioni psicologiche del S.S.N. e del Volontariato professionale. In particolare nella direttiva si prevede la costituzione di una "equipe psicosociale per l'emergenza, E.P.E." con proprio personale e responsabile che deve inquadrarsi *"all'interno dell'organizzazione sanitaria delle maxi emergenze "per operare in prossimità del posto medico avanzato P.M.A., e presso i luoghi di raccolta, smistamento e accoglienza della popolazione"*.

Tra i destinatari degli interventi psicologici oltre alle vittime sopravvissute vengono chiaramente indicati *"i testimoni diretti di fatti gravemente lesivi che hanno minacciato o compromesso la sopravvivenza di un essere umano; i familiari delle vittime, i soccorritori, volontari e professionisti che a qualsiasi titolo abbiano prestato aiuto alle vittime ed ai sopravvissuti. Oltre che i singoli individui destinatari di intervento possono essere interi gruppi sociali quali famiglie, squadre di soccorso, team operativi ed altri gruppi."*

La professionalità richiesta per lo psicologo dell'emergenza prevede, insieme alle competenze di

emotivo-relazionale delle situazioni di crisi e una approfondita conoscenza del sistema dei soccorsi per poter operare sul campo nelle situazioni di crisi. Oltre alla competenza clinica prevista negli approcci tradizionali è necessaria, secondo le linee guida internazionali di settore, un'attenzione forte alle dimensioni psicosociali, comunitarie e interculturali dell'intervento.

I diversi tipi di attività cui lo psicologo è chiamato a rispondere possono essere individuati in:

- a) coordinamento e addestramento dell'Equipe Psicosociale
- b) triage psicologico presso il PMA
- c) sostegno psicosociale nel centro di raccolta
- d) colloquio psicologico di sostegno individuale, familiare o di gruppo
- e) tecniche di stabilizzazione emotiva in situazioni acute
- f) debriefing psicologico per i soccorritori
- g) assessment psicologico per casi a rischio di disturbo post traumatico e attivazione dei servizi territoriali per trattamenti psicologici
- h) formazione dei soccorritori

In applicazione del citato DPCM 2006, considerato anche quanto già sperimentato in occasione dell'evento sismico del maggio 2012, si dispone la costituzione in ogni programma/servizio di Psicologia delle diverse Ausl della Regione Emilia Romagna di un'equipe di personale dipendente competente che costituisca il riferimento organizzativo per il responsabile dell'EPE al fine di:

- coordinare la stesura del Piano degli interventi in collaborazione con le istituzioni presenti nei territori in applicazione alla "Funzione2";
- pianificare e allocare le risorse necessarie ,anche su indicazione dei COM e COC;
- coordinare e monitorare gli interventi e le attività tra personale psicologico dipendente del SSN e le ulteriori risorse identificate nell'Ambito delle associazioni di volontariato, Ordine Professionale;
- coordinare gli interventi a carattere psicosociale e clinici.

6. Aree di miglioramento e approfondimento

Il gruppo di lavoro ha infine evidenziato come aree di criticità e quindi di approfondimento tecnico per l'individuazione di strategie orientate all'uniformità e all'armonizzazione, il sistema informativo, i percorsi di accesso e l'applicazione dei ticket, le funzioni di supervisione, tutoraggio e formazione svolte dagli psicologi.

6.1 Il sistema informativo

Il Sistema informativo (SI) è parte integrante della psicologia clinica, in quanto si ritiene fondamentale poter disporre di informazioni finalizzate a rispondere in maniera funzionale ai bisogni di trattamento e di salute dei cittadini che si rivolgono ai diversi servizi aziendali. Il sistema informativo è base essenziale di gestione delle informazioni utili alla pianificazione e programmazione aziendale. Per tale ragione non deve essere inteso solo come sistema meramente descrittivo dell'attività clinica degli psicologi nei Servizi delle AUSL, bensì come strumento di condivisione e integrazione con i diversi servizi e con le altre professionalità.

All'oggi nelle AUSL la base fondamentale – ma non l'unica – su cui si basa il sistema informativo è costituita dai sistemi gestionali che consentono di conservare e archiviare le informazioni sui trattamenti erogati nei confronti dei pazienti.

Attualmente vi è una situazione differenziata tra i diversi servizi delle Aziende USL in merito ai sistemi informatici/informativi per la gestione delle informazioni cliniche sui pazienti. Alcuni di questi servizi già dispongono di sistemi informativi specifici, organizzati anche a livello regionale e già pienamente funzionanti ed utilizzati da tutta l'équipe terapeutica anche come strumento di comunicazione. Ad esempio presso il DSM-DP sono già operative Logo '80 ed Elea per la Neuropsichiatria infanzia e adolescenza; SistER per le dipendenze; Efeso, Infoclin, Logo '80 e SIT per la Psichiatria adulti; EOS per alcune attività della Psicologia.

Fermo restando il principio di evitare la proliferazione dei sistemi informatici a livello locale, valorizzando quelli già esistenti eventualmente potenziati con l'utilizzo di interfacce, il Sistema informativo deve poter garantire informazioni utili, di qualità, sintetiche, condivise e, possibilmente, tempestive, al fine di poter programmare in maniera efficace ed efficiente le azioni e gli interventi degli psicologi nelle Aziende USL.

Le aree di miglioramento del sistema informativo sono riassumibili in due punti.

1. Definizione delle informazioni utili alla programmazione

E' necessario definire quali sono le informazioni utili, di base e fondamentali per la programmazione della psicologia all'interno delle Aziende USL. Il SI non deve solo basarsi sull'analisi delle prestazioni e attività svolte dagli psicologi nei confronti dell'utenza (utenti e prestazioni) - che comunque rappresenta il core della programmazione - bensì è necessario anche individuare altre informazioni utili alla programmazione.

2. Valorizzazione della specificità della professione psicologica e dell'integrazione professionale

Consapevoli del fatto che il concetto di "valorizzazione della specificità professionale" dovrebbe essere esteso a tutte le figure professionali, è necessario che nei sistemi gestionali locali vengano comprese le specificità della psicologia in termini di strumenti (es. risultati dei test psicologici), prestazioni/prodotti erogati e di percorsi di integrazione.

6.2 Percorsi di accesso e applicazione dei ticket

L'equità di accesso al sistema sanitario è un'importante determinante della salute e una pietra miliare sul difficile percorso che conduce alla giustizia sociale. Affermato con forza nella Legge 833 del 1978, ribadito nel Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale 2008, ripreso come priorità dal primo Piano Sociale e Sanitario della nostra Regione rimane ancora un'area di miglioramento.

La riflessione degli ultimi anni ha evidenziato come tutte le organizzazioni sanitarie debbano dotarsi di un sistema di accesso, valutazione e prescrizione il più possibile semplificato, efficiente e facilmente riconoscibile dall'Utenza. Altrettanto importante è l'omogeneità del modello organizzativo per tutte le popolazioni considerate: da quella pediatrica a quella anziana, dalla disabilità fisica a quella psichica. In questo contesto l'accesso alla consultazione psicologica, in particolare per l'area adulti come evidenziato nel paragrafo 5.2, segue percorsi ancora non sufficientemente chiari e molto disomogenei nelle diverse Aziende. Collegato al tema dell'accesso, un'altra area di approfondimento e impegno riguarda l'applicazione dei ticket alle prestazioni offerte dai dirigenti psicologi del SSR. Ogni Azienda sembra deliberare in maniera autonoma rispetto a tale applicazione che risulta, quindi, non in linea con il principio di equità di accesso e trattamento.

6.3 Formazione e Supervisione

Come evidenziato già nel documento “Psicologia clinica e di Comunità in Emilia-Romagna”, gli psicologi svolgono un ruolo importante sia nella formazione dei giovani professionisti che nella formazione continua dei colleghi. A quanto già espresso a proposito del ruolo dei professionisti nei confronti di tirocinanti e frequentatori volontari e sulla necessità di regolamentare, là dove non sia stato ancora fatto, l’attività “sul campo” di questi giovani colleghi, si aggiunge anche la necessità di valorizzare maggiormente la competenza psicologica nei percorsi di supervisione e formazione interna.

Sul versante organizzativo, infatti, la funzione organizzata della Psicologia è funzionale nel fornire risposte ai bisogni dei servizi dell’Azienda Sanitaria con: attività di supporto relative alla formazione psicologica e di sostegno al personale sanitario per favorire il processo terapeutico e contenere il disagio psichico del personale coinvolto nell’assistenza; attività di studio e analisi dei processi orientati allo sviluppo del clima e della salute organizzativa (come sottolineato anche nel paragrafo 5.5). Inoltre, come già ribadito nel documento regionale “Raccomandazioni alle Aziende sanitarie e alle Strutture private accreditate per lo sviluppo di relazioni empatiche e attività di counseling nella relazione operatore assistito”, lo psicologo può fornire un importante contributo nella promozione dei fattori protettivi nelle organizzazioni sanitarie con l’obiettivo di diminuire i rischi psicologici trasversali (stress, burn out, mobbing), umanizzare l’assistenza, favorire la relazione di cura tra equipe curante, familiari e malato.

7. Attività di accompagnamento e monitoraggio

Viene nominato un gruppo di accompagnamento e monitoraggio al fine di verificare la ricaduta del documento nelle diverse Aziende Sanitarie, aggiornare la mappa delle risorse e la loro collocazione organizzativa, valorizzare esperienze pilota (ad esempio il Centro LDV-Liberiamoci dalla Violenza centro di accompagnamento al cambiamento per uomini della Ausl di Modena), e loro diffusione, approfondire le aree critiche e suggerire strategie per il loro miglioramento.

Faranno parte del gruppo funzionari regionali e professionisti delle Aziende Sanitarie (AUSL ed Ospedaliere) che hanno partecipato al gruppo di lavoro regionale, in rappresentanza delle tre Aree Vaste. Rappresentanti della committenza verranno invitati ad hoc su tematiche specifiche.

Grafica e stampa
Centro stampa regione emilia-romagna
finito di stampare maggio 2014

