

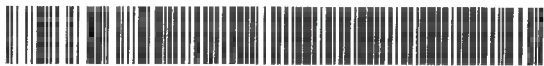
IL DIRETTORE GENERALE SANITÀ E
POLITICHE SOCIALI
TIZIANO CARRADORI

TIPO ANNO NUMERO

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2013. 0215315

del 06/09/2013



Direttori Generali
Direttori Sanitari
AUSL e AOSP regione
Emilia-Romagna

Circolare n° **14**

Oggetto: Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area Psicologia Clinica e di Comunità

La Regione Emilia Romagna, con deliberazione di Giunta n° 313 del 23 marzo 2009, ha approvato il Piano Attuativo Salute Mentale 2009/2011.

Il suddetto Piano ribadisce il ruolo della Psicologia nello "sviluppo della cultura e della prassi in tema di salute mentale attraverso le competenze proprie della Psicologia clinica e della Psicologia di Comunità" dettagliandone aree di competenza e di intervento.

In ottemperanza a quanto più avanti affermato nel Piano (" Le Aziende Sanitarie devono dotarsi di un modello organizzativo che dia il necessario coordinamento e garantisca appropriatezza"), la Regione ha istituito un primo gruppo di lavoro monoprofessionale con professionisti psicologi delle diverse aziende. Questo gruppo ha completato nel dicembre 2010 un documento tecnico dal titolo "Psicologia Clinica e di Comunità in Emilia Romagna" contenente i necessari riferimenti per poter indirizzare alle Aziende elementi di uniformità di questa disciplina riguardo alle aree di attività per i diversi target di popolazione ed ai relativi prodotti con glossario.

In seguito la Regione ha ampliato il gruppo a rappresentanti della "committenza interna" (Direzioni di attività socio sanitarie, Direzioni di Distretto, Direzioni DSM-DP e DCP, Direzioni di Presidio) per integrare i contenuti tecnico professionali del documento con indirizzi di tipo programmatico gestionale.

Le Linee di indirizzo, di cui il primo documento tecnico è parte integrante, sono dunque il frutto di questo lavoro di integrazione.

Si invitano ora le Direzioni ad adottare gli atti necessari affinché le raccomandazioni in esse contenute diventino operative.

Si precisa che verrà istituita apposita Commissione regionale che accompagnerà, monitorandolo, l'iter di applicazione delle Linee di indirizzo.

Cordiali saluti



Tiziano Carradori

Keel
Allegati : Documento tecnico "Psicologia Clinica e di Comunità in ER"
Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

Psicologia Clinica e di Comunità in Emilia-Romagna

Gruppo di Lavoro: Chiappelli Marco, Dordoni Giordana, Grandini Domenico, Gualtieri Luigi, Micella Francesco, Rebecchi Daniela, Russo Mary, Stoppa Ernesto, Superchi Romano, Suzzi Damiano

Obiettivo del presente documento è definire linee comuni, cliniche ed organizzative, relativamente alla realizzazione di un Programma di Psicologia Clinica e/o Unità Operativa nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, in attuazione della vigente normativa regionale (v. DGR 2011/07 "Direttiva dell'atto aziendale: etc."; Piano Sociale e Sanitario; DGR 313/2009 "Piano Attuativo Salute Mentale").

Allo scopo:

- è stata condotta una indagine presso tutte le Aziende USL per conoscere lo stato attuale di impegno dello psicologo clinico nelle diverse aree di attività;
- il Gruppo di lavoro ha definito 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 (v allegato tecnico).

Stato dell'arte al 30 aprile 2009

L'indagine è stata condotta nel secondo semestre del 2009 e richiedeva di indicare la dotazione di risorse psicologiche nelle singole AUSL alla data del 30 aprile 2009, la loro destinazione nelle diverse aree di principali competenza, le tipologie di rapporto di lavoro (dipendente, professionisti ambulatoriali psicologi, libero professionista, dipendente cooperativa, borsista). Il dato quantitativo richiesto riguardava sia il numero di persone che le ore/settimana effettivamente impegnate per l'area di specifico riferimento.

L'analisi dei dati ha anche comportato una valutazione delle Unità Equivalenti (UE) risultanti dalla divisione del totale del numero di ore/settimana/38.

In alcune realtà è stato fornito il solo dato quantitativo di N. persone e relative ore/settimana, senza riferire la tipologia di contratto di lavoro: si tratta di una dotazione di 58 professionisti, equivalenti a 35,4 UE; in questo caso i dati sono stati riportati come "altro" (al fine di salvaguardare il dato numerico) e sommati al totale laddove andava valutato l'impegno totale di risorse, indipendentemente dalla tipologia del contratto di lavoro.

I principali dati rilevati dall'indagine sono rappresentati nelle tabelle 1 e 2, da cui possiamo riassumere che il numero totale di psicologi impegnati nelle Aziende USL dell'Emilia-Romagna è di 650 unità, per un totale di 18.017 ore/settimana, equivalente a 474 Unità Equivalenti di professionisti impegnati in 38 ore/settimana (v. Tab. 1). Considerando solo gli psicologi dipendenti o e Pap (escludendo cioè i contratti libero professionali, i dipendenti da cooperative e borse di studio) il numero di "unità equivalenti" (UE) si riduce a 328 dipendenti e 13 Pap (Tab. 2). In Emilia-Romagna, il personale dipendente + Pap rappresenta mediamente il 72 % del totale di risorse impegnate, con un range che va dal 44,8% di Cesena al 96,2 di Piacenza (Tab. 2), con differenze che vanno dal 100% di personale Dipendente /Pap nella psichiatria adulti al 20,4% in sanità pubblica o al 30,6% nell'area anziani (v. Tab.19).

Tab. 1 – Calcolo delle dotazioni di psicologo (N. persone, N. ore/settimana, UE) nelle principali aree di impegno, con riferimento ai dati totali ed allo scorporo dei soli “Dipendenti + Professionisti ambulatoriali psicologi” (Pap)
Tab. 1A

TOT.	NPIA	Psich	Dip pat	carceri	dca	tutela	cons fam	cons gio	osp	H fis adu	H psi adu	san pub	anziani	altro	tot
N	160	75	83	17	6	62	74	33	43	9	3	13	13	58	650
Ore	5.051	2.324	2.334	394	223	1.738	2.106	543	1.163	275	98	185	237	1.346	18.017
UE	132,9	61,2	61,4	10,4	5,9	45,7	55,4	14,3	30,6	7,2	2,6	4,9	6,2	35,4	474,1
% TOT	28,0	12,9	13,0	2,2	1,2	9,6	11,7	3,0	6,5	1,5	0,5	1,0	1,3	7,5	100
Dip + Pap															
N	118	51	50	11	4	40	54	14	18	6	3	1	3	-	374
Ore	4.262	1.893	1.820	240	183	1.330	1.926	333	692	199	98	38	71	-	13.085
UE	112,2	49,8	47,9	6,3	4,8	35,0	50,7	8,8	18,2	5,2	2,6	1,0	1,9	0,0	344
% TOT	32,6	14,5	13,9	1,8	1,4	10,2	14,7	2,5	5,3	1,5	0,7	0,3	0,5	-	100
dip+Pap/tot (UE %)	84,4	81,4	78,0	60,6	81,4	76,6	91,5	61,5	59,5	72,2	100,0	20,4	30,6	0,0	72,6

Tab. 2 - Calcolo delle Unità Equivalenti (UE) di psicologo (Dipendenti e Pap; N. totale ore settimana/38) nelle AUSL dell’Emilia-Romagna, anche in rapporto alla popolazione target ed alla dotazione totale.

		dipendenti	Totale	Pap	dipendenti			Pap			TOT		
					/100.000 pop target	pop. target/UE	/100.000 pop target	/100.000 pop target	pop. target/UE	/100.000 pop target	/100.000 pop target	pop. target/UE	dip+pap /tot %
PC	UE	24,7	26,2	0,5	285.937	8,6	11.584	0,2	543.280	9,2	10.909	96,2	
PR	UE	24,0	49,4	0,0	433.096	5,5	18.046	-	-	11,4	8.763	48,6	
RE	UE	41,4	49,4	1,7	519.480	8,0	12.533	0,3	299.095	9,5	10.511	87,4	
MO	UE	46,1	65,9	2,2	688.286	6,7	14.937	0,3	313.984	9,6	10.440	73,2	
BO	UE	83,9	92,6	5,6	846.583	9,9	10.085	0,7	150.328	10,9	9.144	96,8	
IMOLA	UE	8,0	19,2	0,8	129.587	6,2	16.198	0,6	164.144	14,8	6.755	45,8	
FE	UE	26,5	38,8	0,0	357.979	7,4	13.522	-	-	10,8	9.235	68,3	
FO	UE	12,1	18,2	1,0	184.977	6,6	15.248	0,6	180.234	9,8	10.158	72,3	
CE	UE	16,2	37,7	0,6	203.042	8,0	12.505	0,3	321.483	18,5	5.392	44,8	
RA	UE	21,5	40,0	0,0	385.729	5,6	17.941	-	-	10,4	9.637	53,7	
RN	UE	23,0	36,7	0,4	303.270	7,6	13.186	0,1	716.237	12,1	8.255	63,8	
RER	UE	327,5	474,1	13,0	4.337.966,0	7,5	13.246	0,3	334.781	10,9	9.149	71,8	

Confrontando la dotazione di UE di psicologi nelle singole AUSL (Tab. 2) con la popolazione residente di riferimento (N. psicologi/100.000 abitanti) è possibile rilevare notevoli differenze riguardo a:

N. psicologi / 100.000 abitanti	media RER	min (AUSL)	Max (AUSL)
dotazione dipendenti	7,5	5,5 (PR)	9,9 (BO)
dotazione Pap	0,3	0 (PR, FE, RA)	0,7 (BO)
dotazione globale	10,9	9,2 (PC)	18,5 (Cesena)

Similmente, il calcolo di popolazione / unità equivalente di psicologo è la seguente:

popolazione /unità di psicologo	media RER	(range)	
dotazione dipendenti	1 UE / 13.246	1/10.085 (BO-usl)	1/18.046 (PR-usl)
dotazione Pap	1 UE / 334.781	1/0 (PR, FE, RA-usl)	1/716.237 (RN-usl)
dotazione globale	1 UE / 9.149	1/5392 (Cesena-usl)	1/10.909 (PC-usl)

A livello regionale, le aree che vedono principalmente impegnata la figura dello psicologo sono, in ordine decrescente rispetto alla dotazione globale e confrontata con dotazione di “dipendenti + Pap”:

N. UE / Area	media RER tot.	% tot.	Media RER (Dip. + Pap)	% tot.	Dipartimento
NPiA	132.9	28.0	112.2	32.6	DSM-DP
Dipendenze patologiche	61.4	13.0	47.9	13.9	DSM-SP
Psichiatria adulti	61.2	12.9	49.8	14.5	DSM-DP
Consultorio familiare	55.4	11.7	50.7	14.7	DCP
Tutela minori	45.7	9.6	35.0	10.2	
Ospedale	30.6	6.5	18.2	5.3	
Consultorio giovani	14.3	3.0	8.8	2.5	DCP
Carceri	10.4	2.2	6.3	1.8	DSM-DP
Handicap fisico adulti	7.2	1.5	5.2	1.5	
DCA	5.9	1.2	4.8	1.4	DSM-DP
Anziani	6.2	1.3	1.9	0.5	DCP
Sanità pubblica	4.9	1.0	1.0	0.3	DSP
Handicap mentale adulti	2.6	0.5	2.6	0.7	
TOTALE RER	474.1	100	344	100	

La prima ovvia considerazione che emerge da questi dati è anche la prevalente attività degli psicologi clinici e di comunità nel DSM-DP (dal 57 al 64%), seguiti dal 16-18% nel Dipartimento Cure Primarie (consultorio familiare, giovani, anziani).

Queste le principali considerazioni emerse dalla analisi dei dati e dalla discussione del Gruppo di lavoro:

- al momento esisteva una notevole difformità sia nelle forme organizzative (Unità Operativa, Programma in staff a DSM o Direzione sanitarie, etc.) che nelle tipologie di impegni formalizzati o informali, sia nelle strutture territoriali che ospedaliere.
- il numero attuale al 30 Aprile 2009 valutato di psicologi in dotazione organica alle Aziende è tale da costituire una massa critica sufficiente a costruire una cultura professionale diffusa e supportare un'adeguata formazione ad altre figure professionali ; la loro diffusione capillare può farli diventare un collante importante per lo sviluppo della cultura psicologica di continuità e integrazione fra i diversi servizi aziendali.
- indipendentemente dalla collocazione organizzativa esistente o prefigurata, l'importante è che si vada alla costituzione di un "punto forte di governo" delle attività psicologiche nella Azienda USL, attraverso una struttura complessa.
- laddove si deve ancora costituire una tale forma di integrazione e governo delle attività psicologiche, è ipotizzabile avviare il processo attraverso un Programma in staff alla Direzione sanitaria, data la sua valenza tecnico – operativa. In tal modo si potrebbe meglio garantire una "visione a tutto campo" nei vari ambiti di utilità della funzione psicologica
- in tutti i casi andranno ben definiti:
 - a) le aree di impegno e le modalità atte ad evitare doppioni e/o inapproprietezze
 - b) la distribuzione di risorse secondo specifici obiettivi dichiarati
 - c) le modalità di valutazione del loro perseguimento
 - d) il governo anche di altri aspetti esterni al settore (v. formazione, rapporti pubblico-privato, sperimentazioni, etc.)

Va condotta una analisi delle attuali funzioni e di quelle "nuove frontiere" che potrebbero prevedere un ri-orientamento nel governo clinico (es. promozione della salute, benessere organizzativo).

Vanno anche definite le necessità/modalità d interazione/integrazione con altri settori, data la prevalente modalità di lavoro in équipe multiprofessionale e/o interdisciplinare, specie nelle situazioni cliniche che richiedono il contributo della psicologia clinica.

Va verificata la percorribilità di alcune funzioni ora svolte dagli psicologi rispetto a quanto definito dai LEA.

Nella consapevolezza che il numero di psicologi attualmente in dotazione alle A-USL è insufficiente a garantire in toto anche la funzione di psicoterapia, va comunque prevista una modalità di coinvolgimento anche del privato "qualificato / accreditato" in modo inevitabile ed innovativo, riservando al pubblico la scelta di attività cliniche "sostenibili" e da professionalizzare. Sarà compito della Psicologia Clinica e di Comunità aziendale la programmazione delle attività complessive, ivi compresa la risposta al bisogno di psicoterapia, anche acquisita da privato accreditato.

Per supportare e monitorare la costituzione e il funzionamento della rete dei "nodi" aziendali di Psicologia Clinica e di Comunità delle Aziende USL, è istituito a livello regionale un Gruppo Regionale per la Psicologia Clinica e di Comunità, con la facoltà di attivare al bisogno rappresentanti di discipline / settori coinvolti. Del Gruppo regionale Psicologia Clinica e di Comunità faranno parte:

- referenti aziendali di Psicologia Clinica e di Comunità, designati dalle rispettive Direzioni generali delle Aziende sanitarie
- referenti dei servizi regionali per:
 - a) salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri
 - b) attività distrettuali, con particolare riferimento alle funzioni Consultoriali (donna, giovani, etc.)

- c) presidi ospedalieri (per quanto attiene la funzione della psicologia in ospedale)
- d) integrazione sociosanitaria (per quanto riferito alla costituzione di lavori di équipe multi professionali a servizio delle disabilità, degli anziani, etc.)
- e) famiglia, infanzia, adolescenza (per quanto di competenza sui temi della tutela infanzia, centri famiglie, etc.)
- f) servizi sociali (per quanto di competenza in tema di tutela infanzia, disabilità adulti, disagio socio-culturale, etc.)
- g) sanità pubblica (per quanto di competenza in tema di psicologia di comunità; benessere organizzativo, medicina delle catastrofi, etc.)
- referenti delle Direzioni Aziendali:
 - a) 1 direttore DSMDP
 - b) 1 direttore sanitario
 - c) 1 coordinatore socio-sanitario
 - d) 1 direttore di distretto
 - e) 1 direttore di Dipartimento Cure Primarie
- rappresentante dell'Università (Psicologia)
- referente dell'Ordine degli Psicologi

Tale Gruppo supporta la costituzione della rete di Psicologia Clinica di Comunità nelle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, attraverso azioni di proposta, indirizzo, monitoraggio degli obiettivi posti per l'evoluzione del Programma regionale.

Psicologia clinica e di comunità in Emilia Romagna: offerta / target / prodotti / glossario

Introduzione

La psicologia nel target infanzia-adolescenza

Scheda target 0-14

Scheda target >14

Scheda prodotti e prestazioni

La psicologia nel target adulti

Scheda target adulti

La psicologia nel target anziani

Scheda target anziani

Scheda prodotti e prestazioni

La psicologia ospedaliera

Scheda target ospedale

Scheda prodotti e prestazioni

La promozione della salute, la prevenzione e il benessere organizzativo

Scheda target promozione della salute, prevenzione e benessere organizzativo

Scheda prodotti e prestazioni

Formazione

La formazione degli psicologi delle Aziende USL

Le AUSL nella formazione dei giovani psicologi

Ricerca

Sistema Informativo

Schede sintetiche e sinottiche per target

Introduzione

La declinazione della psicologia clinica e di comunità all'interno del SSN, deve necessariamente tener conto di specifici riferimenti istituzionali.

A livello macro i riferimenti sono:

L.E.A. Livelli Essenziali Assistenza 2008

Progetto obiettivo Materno Infantile (PSN 1998-2000)

Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale"(PSN 1998-2000)

Piani sanitari Nazionali,

A livello micro i riferimenti sono:

Piano Sanitario e Sociale Regionale

Piani distrettuali di zona della salute e del benessere sociale(Piani di zona, Piani per la salute , Piano attuativo territoriale)

Piano Attuativo Locale

Accordi di Programma

I livelli essenziali di assistenza rappresentano l'ambito delle attività e delle prestazioni sanitarie che il Servizio sanitario Nazionale si impegna ad erogare a tutti i cittadini con le risorse pubbliche a disposizione. I livelli si configurano come obiettivi che il SSN assume di conseguire a soddisfacimento di specifiche quote di bisogno sanitario.

Per quanto attiene la psicologia, occorre specificare che le indicazioni contenute nei L.E.A., e nelle linee guida nazionali permettono di definire i macro-confini dell'area di bisogni che necessitano di una risposta, si rileva però la necessità di declinare più specificamente le specifiche risposte che la psicologia può mettere in campo a seconda dei bisogni della popolazione target dell'intervento, garantendo così una maggiore uniformità ed equità nella distribuzione sul territorio delle prestazioni psicologiche. Da qui la necessità di declinare per ogni target di popolazione, a partire dalla pratica clinica, sia gli specifici bisogni che gli interventi eleggibili, cioè quelli maggiormente rispondenti ai bisogni evidenziati con percorsi di cura. Occorre specificare che la pratica psicologica si sta sviluppando in nuove aree, fino ad ora poco considerate, quali sono le aree sanitarie che coprono la promozione della salute e del benessere dell'individuo e della comunità. L'attività psicologica si declina in ambiti diversi, quali ospedali, scuola, ambienti di lavoro e attraverso collaborazioni con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta. A tale proposito è stato riconosciuto, in una ricerca-azione svolta dall'Ordine degli Psicologi della regione Emilia Romagna del 2008/2009 avente come argomento "Come i clienti valutano il lavoro degli Psicologi: prospettive professionali ed organizzative" da parte dei Medici di Medicina Generale il valore del lavoro degli psicologi a livello di prevenzione primaria, quale fattore protettivo contro l'insorgere di psicopatologie.

Sono state pertanto prese in considerazione le funzioni specifiche della psicologia, relativamente al governo delle attività nell'ambito dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera, declinandole per aree target.

I target considerati sono:

- infanzia-adolescenza
- adulti
- anziani
- promozione della salute, prevenzione e benessere organizzativo

Per ogni target sono esplicitati i bisogni, le risposte della psicologia in termini di prodotti e prestazioni ed è stato predisposto un apposito glossario per la codifica degli interventi e prodotti indicati.

La psicologia nel target infanzia-adolescenza

I bisogni psicologici in età evolutiva sono prevalentemente portati all'attenzione clinica da soggetti diversi dalla persona che li manifesta. Questa prima considerazione ci mette di fronte alla necessità di valutare, innanzitutto, quale problema sia relativo all'ambiente e/o alle relazioni e quale attenga al mondo interno del bambino e dell'adolescente. Da questo deriva la necessità di condurre un percorso diagnostico di valutazione multidimensionale, differenziato per fasce d'età e articolato in protocolli concordati con le articolazioni aziendali di interfaccia (NPI, Servizi Sociali, Consultori, Servizi ospedalieri, ecc).

La complessità del bisogno e la multifattorialità delle cause, implica la necessità di governare ed articolare interventi capaci di rispondere in maniera esaustiva ed efficace ai bisogni espressi, attraverso strumenti e competenze anche diverse senza perdere l'attenzione alla persona nella sua globalità e nel suo contesto di vita, oltre ai bisogni descritti nella scheda target. Tra i bisogni sanitari complessi presi in considerazione troviamo bambini e adolescenti in famiglie disfunzionali, che hanno subito Child Abuse, oppure vivono condizioni di disabilità sia mentale che fisica e sensoriale, o presentano disturbi da dipendenza patologica. Pur essendo l'età evolutiva quella che nei LEA del 2001 vede maggiormente riconosciuta l'esigenza di trattamenti psicologici, la multiformità e multidimensionalità dei bisogni mette a dura prova la definizione di criteri di presa in carico, rispetto alla quale il rapporto fattori di protezione/ fattori di rischio si rivela come indicatore di eleggibilità tanto quanto la diagnosi clinica.

L'adolescenza è un periodo di rapide trasformazioni sul piano fisico, psicologico e relazionale; rappresenta una fase particolarmente delicata dello sviluppo dove le molte potenzialità e risorse convivono con un elevato rischio di perturbazioni sia intrapsichiche che interpersonali. La grande diffusione dei comportamenti a rischio in età adolescenziale, così come il fatto che molti di essi tendono a scomparire o a ridursi nelle età seguenti nella maggior parte dei giovani, indica chiaramente come non sia possibile interpretarli in termini di psicopatologia individuale. Bisogna considerare queste azioni a rischio come modalità dotate di senso, utilizzata da numerosi adolescenti, in uno specifico momento della loro vita ed in un particolare contesto per raggiungere scopi personalmente e socialmente significativi (autonomia, identificazione, trasgressione,...).

È importante distinguere il rischio necessario ed adattivo da quello autodistruttivo e coattivo.

TARGET 0-14 ANNI

BISOGNI SANITARI E SOCIO-SANITARI (L.E.A., P.S.N., P.S.S.R., P.O. ...)	
☐ Disabilità fisica, sensoriale e neurologica	☐ Minori a rischio di privazione sociale e/o culturale e/o affettiva
☐ Malattia cronica	☐ Minori vittime di maltrattamento e abuso
☐ Disturbi pervasivi dello sviluppo e/o ritardo mentale*	☐ Minori migranti con Disturbi dell'Adattamento
☐ Disturbi del comportamento esternalizzati* (Sindrome A.D.H.D, Disturbo della Condotta, ...)	☐ Certificazione per accesso al sostegno in ambito scolastico (L.104/92)
☐ Disturbi del comportamento internalizzati* (Sindromi e Disturbi della sfera emozionale, Disturbo del Funzionamento Sociale, Depressione, Stati d'Ansia, ...)	☐ Disturbi di fase specifica (Disturbi del Sonno, Disturbi del comportamento alimentare ad insorgenza precoce, ...)
☐ Disturbi specifici dell'apprendimento e del linguaggio*	☐ Minori Prematuri
☐ Disturbi del Comportamento Alimentare (Anoressia e Bulimia Nervosa)*	
LE RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI) - (Vedi Allegato 1 – Glossario)	
☐ Accesso e accoglienza	Trattamenti:
☐ Valutazione psicodiagnostica	☐ Sostegno Psicologico**
☐ Refertazione (Certificazioni e Relazione Clinica)	☐ Psicoterapia **
☐ Supporto/Consulenza all'équipe curante	☐ Trattamento disturbi apprendim. (indiv./di gruppo)
☐ Consulenza ad altre professionalità/servizi	☐ Intervento di Rete
	☐ Trattamenti Integrati
LE RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI INDIRETTI)	
☐ Consulenza ad altre professionalità	☐ Formazione
☐ Promozione della Salute	☐ Ricerca

* connessi a progetti regionali specifici: Disturbi dello Spettro Autistico, Disturbi del Comportamento Alimentare, Sindrome A.D.H.D., Disturbi Specifici di Apprendimento ** individuale/di coppia/della diade/familiare/di gruppo

TARGET >14 ANNI

BISOGNI SANITARI E SOCIO-SANITARI (L.E.A., P.S.N., P.S.S.R., P.O. ...)	
☐ Disabilità fisica, sensoriale e neurologica	☐ Adolescenti a rischio di deprivazione sociale e/o culturale e/o affettiva
☐ Malattia cronica	☐ Adolescenti vittime di maltrattamento e abuso
☐ Disturbi pervasivi dello sviluppo e/o ritardo mentale*	☐ Adolescenti migranti con Disturbi dell'Adattamento
☐ Disturbi del comportamento esternalizzati* (Sindrome A.D.H.D, Disturbo della Condotta, ...)	☐ Certificazione per accesso al sostegno in ambito scolastico (L.104/92)
☐ Disturbi del comportamento internalizzati* (Sindromi e Disturbi della sfera emozionale, Disturbo del Funzionamento Sociale, Depressione, Stati d'Ansia, ...)	☐ Adolescenti con psicopatologia (disturbi di personalità, di ansia, dell'umore, dissociativi, di genere, abuso di sostanze, psicosi)
☐ Disturbi specifici dell'apprendimento e del linguaggio*	☐ Adolescenti a rischio (comportamenti antisociali, dipendenze, bullismo, gravidanze precoci...)
☐ Disturbi alimentari nell'adolescenza (Anoressia, Bulimia Nervosa e Bed)*	
LE RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI) - (Vedi Allegato 1– Glossario)	
☐ Accesso e accoglienza	Trattamenti:
☐ Valutazione psicodiagnostica (Vedi allegato 1 Testistica)	☐ Sostegno Psicologico**
☐ Refertazione (Certificazioni e Relazione Clinica)	☐ Psicoterapia **
☐ Supporto/Consulenza all'équipe curante	☐ Trattamento disturbi apprendim. (indiv./di gruppo)
☐ Consulenza ad altre professionalità/servizi	☐ Intervento Psicoeducativo
	☐ Intervento di Rete
	☐ Trattamenti Integrati
LE RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI INDIRETTI)	
☐ Consulenza ad altre professionalità	☐ Formazione
☐ Promozione della Salute	☐ Ricerca
☐ Programmazione di interventi socio-educativi ed inserimento in agenzie idonee e monitoraggio e supervisione degli operatori coinvolti	☐ Consulenza a strutture istituzionali (scuola, comunità...)

* connessi a progetti regionali specifici: Disturbi dello Spettro Autistico, Disturbi del Comportamento Alimentare, Sindrome A.D.H.D., Disturbi Specifici di Apprendimento

** individuale/di coppia/della diade/familiare/di gruppo

La psicologia nel target adulti

La pratica clinica all'interno dei singoli servizi rileva una alta complessità di bisogni dove elevato è il numero delle variabili coinvolte, diventa, quindi, fondamentale sviluppare una metodologia di lavoro che risponda a tale esigenza.

A seguito di tali considerazioni il gruppo di lavoro ha delineato le caratteristiche di eleggibilità dei pazienti adulti ai trattamenti psicologici concordando sull'assunto che la classificazione diagnostica non può rappresentare l'unico riferimento per l'erogazione delle prestazioni; sono molteplici i fattori che concorrono a determinare lo stato di disagio e/o disturbo mentale pertanto diviene indispensabile integrare una classificazione descrittiva del sintomo con una classificazione positiva capace di individuare risorse, fattori protettivi e opportunità di cambiamento e offerta di modelli di cura strutturati sulla base delle evidenze scientifiche. Ne risulta che la correlazione tra le aree compromesse(quali le alterazioni funzionali, l'abuso di sostanze, il disagio psico-sociale, il disturbo, i problemi relazionali, lo stato di disabilità sia fisica che sensoriale, il deficit intellettivo), le risorse presenti, il profilo del funzionamento mentale risultano ancora più determinanti del quadro sintomatologico per delineare l'eleggibilità ai trattamenti. I trattamenti psicologici ~~che~~ sono quindi orientati verso chi presenta una sintomatologia associata e/o ad una vulnerabilità e/o ad una evidente significatività clinica.

Oltre ai bisogni descritti nella scheda target, sono state prese in considerazione situazioni ad alta complessità di bisogno, cioè condizioni cliniche in cui la compromissione della funzionalità della persona coinvolge più livelli ed è codeterminata da più fattori. La complessità del bisogno e la multifattorialità delle cause, implica in questi casi, la necessità di coordinare ed articolare interventi capaci di rispondere in maniera esaustiva a tutti i bisogni espressi, attraverso strumenti e competenze anche diverse senza perdere però l'attenzione alla persona nella sua globalità. Da qui la necessità di definire procedure integrate mediante i protocolli fra tutti i servizi afferenti all'area dell'assistenza distrettuale(Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento Salute Mentale).

TARGET ADULTI

BISOGNI SANITARI E SOCIO-SANITARI (L.E.A., P.S.N., P.S.S.R., P.O. ...)	
☐ Disturbi d'ansia(Fobie, Dist. Ossessivo-compulsivo, Dist. Ansia generalizzato, Dist. Attacchi di panico, ecc..)	☐ Rischi psicologici nella salute della donna e del neonato (gravidezze a rischio e IVG).
☐ Dist. dell'umore(Depressione, Mania , ecc..)	☐ Dist. sessuali e d'identità di genere
☐ Dist. di personalità (disturbi di personalità nei giovani adulti, ecc...).	☐ Dist. Depressione post parto, Baby blues
☐ Disturbi alimentari (Anoressia, Bulimia Nervosa e Bed)*	☐ Famiglie disfunzionali, genitorialità a rischio e patologia delle cure
☐ Disturbi da dipendenza patologica (Dipendenza, Abuso di sostanze, altre dipendenze: internet, gioco d'azzardo, ecc),	☐ Disturbi delle relazioni coniugali
☐ Dist. dell'adattamento (adulti con problematiche sociali e del ciclo vitale con disagio clinicamente significativo)	☐ Maltrattamento e abuso, vittime e abusanti
	☐ Adempimenti per affidamenti ed adozioni nazionali ed internazionali
☐ Disabilità mentale.	☐ Soggetti a rischio di marginalità sociale(in particolare borderline cognitivi e utenti già seguiti dalla T.M. nel passaggio alla maggior età)
☐ Disabilità fisica, sensoriale e neurologica congenita e/o acquisita con invalidità civile riconosciuta. (es., incidenti o accidenti cerebrovascolari, ICTUS, Aneurismi, Gravi cerebrolesioni).	☐ Malattia cronica invalidante e malattie degenerative (es. insufficienza cardiaca, diabete insulino dipendente, Parkinson, SM, SLA, Distrofie degenerative, retinopatie, ecc..)
LE RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI)	
☐ Accesso e accoglienza	Trattamenti:
☐ Valutazione psicodiagnostica	☐ Sostegno Psicologico**
☐ Valutazione neuropsicologica	☐ Psicoterapia **
☐ Refertazione (Certificazioni e Relazione Clinica)	☐ Trattamento di gruppo
☐ Supporto/Consulenza all'equipe curante	☐ Intervento Psico educativo
☐ Consulenza ad altre professionalità/servizi	☐ Intervento di Rete
	☐ Trattamenti Integrati
LE RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI INDIRETTI)	
☐ Consulenza ad altre professionalità	☐ Formazione
☐ Promozione della Salute	☐ Ricerca
☐ Programmazione di interventi socio-educativi ed inserimento in agenzie idonee e monitoraggio e supervisione degli operatori coinvolti	☐ Consulenza a strutture istituzionali (scuola, comunità...)

* connessi a progetti regionali specifici: Disturbi del Comportamento Alimentare

** individuale/di coppia/della diade/familiare/di gruppo

La psicologia nel target anziani

I dati epidemiologici nazionali segnalano un aumento significativo sia dell'invecchiamento della popolazione che della cronicizzazione delle patologie con un conseguente impegno e carico sulle famiglie e rilevanti ripercussioni dal punto di vista sanitario e sociale.

Alla luce di tali dati è auspicabile che lo sviluppo degli interventi psico-socio-sanitari nell'area dell'invecchiamento possa idealmente seguire tre linee generali: la prima che si può definire preventiva, deve necessariamente avvalersi delle conoscenze dei processi e delle modificazioni che si manifestano sul piano fisico, mentale relazionale, per predisporre azioni atte a favorire il processo di buon invecchiamento lavorando per l'eliminazione di quelle barriere che trasformano un soggetto in un oggetto di cure e interventi, limitando e riducendo i bisogni socio-assistenziali legati a questa fase della vita.

La seconda area di implementazione è quella relativa alla cura e che consiste nello sviluppo di modelli di intervento integrato psico-socio-sanitario ed educativo ad alto potenziale curativo e a basso contenuto tecnologico con lo scopo di favorire l'adattamento della popolazione anziana, con una presa in carico globale che contempli sia i bisogni sanitari e biologici che quelli relazionali.

La terza area di implementazione è quella della cura con focus sui pazienti affetti patologie cronico-degenerative, non autosufficienza e sui caregiver e operatori socio-sanitari per prevenire il rischio di burden.

Gli interventi attuati a favore delle persone anziane, vanno declinati avendo come riferimento nell'invecchiamento un continuum che va dalla condizione di normalità a quella di patologia conclamata, passando per una vasta "area grigia" di confine dove troviamo le condizioni pre-cliniche, destinate a virare verso la patologia in assenza di interventi preventivi adeguati. Anche particolari condizioni di fragilità che possono spostarsi verso i poli della normalità o della patologia a seconda della presenza/assenza di interventi di promozione della salute. Se ci si riferisce all'invecchiamento normale diventa fondamentale un'attività di promozione della salute che tenga conto dei cambiamenti motivazionali, di prospettiva temporale ed emotivo relazionali della persona anziana, considerando sempre la dialettica persona/ambiente, e che miri a trasferire conoscenze modificando convinzioni e pregiudizi sulla vecchiaia. Se si considera, invece, l'area della fragilità, l'intervento di prevenzione andrà tarato sulle persone anziane che non presentano un disagio clinicamente evidente ma che, come testimoniano le ricerche, in concomitanza di eventi stressanti, mostrano un tasso elevato di morbilità e mortalità. L'intervento preventivo sarà, in questo senso, finalizzato all'individuazione degli indicatori di fragilità e alla costruzione di risposte congruenti ai bisogni individuati. In particolare nella popolazione anziana è fondamentale rintracciare indicatori della fragilità di tipo cognitivo, depressivo o dovuti all'isolamento sociale.

TARGET ANZIANI

BISOGNI SANITARI E SOCIO-SANITARI (L.E.A., P.S.N., P.S.S.R., P.O. ...)	
☐ Promozione della salute: riduzione dei bisogni socio-assistenziali e implementazione delle risorse fisiche, mentali e sociali	☐ Caregiver di pazienti affetti da malattie cronico-degenerative, prioritariamente caregiver di pazienti affetti da demenza.
☐ Prevenzione: diagnosi funzionale, individuazione e rimozione degli indicatori di vulnerabilità	
☐ Anziani con disturbi dell'adattamento (depressione, disturbi d'ansia, lutto patologico, patologie cronico degenerative, non autosufficienza)	
☐ Anziani con alterazioni del funzionamento cognitivo	
LE RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI) -	
☐ Accesso e accoglienza	Trattamenti:
☐ <u>Valutazione neuropsicologica e</u> Valutazione psicodiagnostica	☐ Sostegno Psicologico**
☐ Refertazione (Certificazioni e Relazione Clinica)	☐ Psicoterapia **
☐ Supporto/Consulenza all'équipe curante	☐ Trattamento di gruppo(es. memory training per pazienti dementi, Terapia di orientamento alla realtà(R.O.T.), Riminiscenza, gruppi per operatori(Balint)).
☐ Consulenza ad altre professionalità/servizi	☐ Intervento Psico educativo
	☐ Intervento di Rete
	☐ Trattamenti Integrati
LE RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI INDIRETTI)	
☐ Consulenza ad altre professionalità	☐ Formazione
	☐ Formazione psicologica continua del personale socio sanitario
	☐ Consulenza agli operatori
☐ Promozione della Salute	☐ Ricerca
☐ Programmazione di interventi socio-educativi ed inserimento in agenzie idonee e monitoraggio e supervisione degli operatori coinvolti	☐ Consulenza a strutture istituzionali

** individuale/di coppia/familiare/di gruppo

La Psicologia nell'assistenza ospedaliera

La psicologia applicata in ambito Ospedaliero agisce all'interno di un contesto specifico, dove esistono tempi d'intervento brevi e prassi cliniche e assistenziali consolidate proprie dell'organizzazione della struttura ospedaliera.

È ancora più evidente in questo ambito che per poter dare una risposta adeguata alla varietà e complessità dei bisogni psicologici in ospedale la Psicologia deve partire da un'attenta analisi dei bisogni del setting di riferimento, programmare ed organizzare le proprie prestazioni specialistiche in integrazione con le altre professionalità attraverso la stesura di protocolli concordati e condivisi.

L'attività della Psicologia Ospedaliera deve prioritariamente rivolgersi alle "Aree critiche", ovvero quelle relative a Unità Operative dove afferiscono pazienti affetti da gravi patologie:

pazienti cronici e a diagnosi infausta (neoplasie, AIDS, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, demenze senili, dializzati, diabetici, neonati prematuri, neonati con malformazioni, ecc.)

pazienti traumatizzati (politraumi, mutilazioni, amputazioni, chirurgia speciale, ecc.)

pazienti trapiantati o in attesa di trapianto d'organo e successiva riabilitazione (rene, cuore, polmone, fegato, cornee, ecc.)

pazienti sottoposti a terapia intensiva (Neurochirurgia, Terapia Intensiva, Neonatologia, Rianimazione, ecc.).

Operando all'interno di una istituzione polifunzionale complessa, la Psicologia Ospedaliera deve necessariamente rispondere a differenti tipologie di bisogni:

di salute

comunicativi

relazionali

organizzativi.

I target a cui sono erogate le prestazioni della Psicologia Ospedaliera sono:

a) pazienti, lo scopo dell'intervento psicologico consiste nell'alleviare la sofferenza psichica connessa al vissuto di malattia, elaborare i vissuti legati alla malattia organica, favorendo il processo di adattamento alla patologia, nel prevenire l'insorgere di psicopatologie, facilitare la relazione con l'equipe curante con l'obiettivo di migliorare il percorso di cura e la qualità della vita del paziente;

b) familiari, l'intervento psicologico si prefigge di supportare il nucleo familiare fin dal momento della prima comunicazione della diagnosi, tale nucleo è, infatti, direttamente coinvolto sia nel percorso di cura durante il ricovero in cui il caregiver rappresenta una risorsa importante sul piano terapeutico, sia nella fase successiva di assistenza e riabilitazione dei pazienti affetti da malattie croniche e/o a prognosi infausta e di pazienti non autonomi;

c) operatori sanitari, l'intervento psicologico si focalizza su quattro aspetti: il supporto psicologico individuale all'operatore che lo richiede, interventi di rete con figure professionali appartenenti ad altri servizi/uo/dipartimenti, la formazione di gruppo, la supervisione di casi clinici in gruppo. Gli obiettivi del lavoro con l'equipe curante mirano a riconoscere ed elaborare il disagio psichico degli operatori, fornire conoscenze e strumenti psicologici, migliorare la qualità della relazione con paziente e familiari, facilitare il lavoro di gruppo/equipe, ridurre i rischi di burn-out, promuovere l'efficienza lavorativa;

d) Istituzioni esterne (ad esempio Associazioni di Volontariato, Associazioni di Cittadini), il contributo della Psicologia consiste nel supportare le attività delle Associazioni, nell'attivare e promuovere percorsi di integrazione e collegamento Ospedale/territorio, nell'organizzare attività di promozione della salute e di formazione sul territorio.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

BISOGNI SANITARI E SOCIO-SANITARI (L.E.A., P.S.N., P.S.S.R., P.O. ...)	
☐ Pazienti oncologici adulti	☐ Pazienti con AIDS
☐ Pazienti terminali	☐ Patologie rare
☐ Pazienti con disabilità fisica e/o sensoriale	☐ Minori con patologia onco-ematologica
☐ Pazienti con insufficienza renale cronica	☐ Minori nati prematuri in follow up
☐ Pazienti trapiantati o in attesa di trapianto	☐ Genitori di neonati prematuri
☐ Donatori di trapianto	☐ Genitori di neonati con malformazioni
☐ Pazienti con sclerosi multipla/ SLA	☐ Genitori di neonati asfittici
☐ Pazienti con disabilità complesse	☐ Morti intrauterine nel 2° semestre di gravidanza
☐ Pazienti con demenza	☐ Donne con depressione perinatale
☐ Pazienti cardiologici	☐ Familiari di pazienti ricoverati (Oncologia, Hospice, Pediatria, Neonatologia, ...)
☐ Pazienti traumatizzati	
☐ Pazienti chirurgici dove è prevista la valutazione psicologica (es. obesità grave).	
RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI)	
☐ Accesso e Accoglienza	Trattamenti:
☐ Valutazione psicodiagnostica	☐ Sostegno Psicologico*
☐ Valutazione neuropsicologica	☐ Consulenza Psicologica*
☐ Refertazione clinica	☐ Intervento Psicologico di gruppo
☐ Lavoro di équipe	☐
☐ Supporto agli operatori sanitari (individuale)	☐
☐ Formazione agli operatori sanitari (di gruppo)	☐
☐ Supporto alle Associazioni di Volontariato e alle Associazioni di Cittadini	☐
☐ Interventi di Rete	☐
☐ Trattamenti Integrati	☐
☐ Consulenza ad altre professionalità/servizi	☐
☐ Ricerca	
RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI INDIRETTI)	
☐ Salute organizzativa	

*individuale/di coppia/della diade/familiare/di gruppo

Promozione della salute, prevenzione e benessere organizzativo

La promozione della salute è definita dall'OMS “ *il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla . la salute è vista come una risorsa per la vita quotidiana è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche*” (Carta di Ottawa, 1986).

Sempre secondo l'OMS(2005), salute e benessere possono essere associati e descritti come: “ *la realizzazione delle massime potenzialità di un individuo a livello fisico, psicologico, sociale, spirituale ed economico e l'appagamento delle aspettative del proprio ruolo nella famiglia, nella comunità religiosa, nel luogo di lavoro e in altri contesti.*”

In linea con queste considerazioni la psicologia nel SSN è chiamata ad occuparsi di promozione della salute e prevenzione facendo propria una concezione multidimensionale del benessere che riconosce l'importanza del contesto e delle relazioni sociali.

I punti focali dell'azione nel servizio sanitario, sono l'attenzione alla necessità di modificare stili di vita non salutari che influenzano, secondo i dati epidemiologici più recenti, la mortalità e alcune malattie croniche che incidono pesantemente sulla qualità della vita, comprendendo ed intervenendo sulle variabili individuali e ambientali e sulle loro interconnessioni.

La psicologia di comunità offre riferimenti teorici e metodologici in grado di coniugare aspetti soggettivi interni e di contesto e offre strumenti e tecniche di intervento in grado di promuovere l'empowerment degli individui e delle comunità, attraverso la valorizzazione delle risorse presenti e la partecipazione.

Di particolare interesse è la metodologia della ricerca azione definibile come “*processo attraverso il quale individui, gruppi, organizzazioni, di una comunità collaborano alla definizione e soluzione dei problemi comuni mediante un processo nel quale sapere locale e competenza professionale si integrano per promuovere un cambiamento sociale*”.

Come si evince dal decreto legislativo 81/2008, Testo unico per la sicurezza sul lavoro, l'influenza dei fattori dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro sulla salute psico-fisica richiede di programmare interventi per la prevenzione di rischi particolari tra cui anche quelli collegabili allo stress-lavoro-correlato.

In ambito di SSN occuparsi di “Salute organizzativa” significa garantire un'organizzazione non solamente efficace e produttiva, ma anche capace di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico, alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora. Strettamente legato al concetto di salute organizzativa è il benessere organizzativo di chi opera all'interno delle aziende sanitarie , che risiede nella qualità della relazione esistente fra la persona e il contesto di lavoro. Garantire il benessere organizzativo è di fondamentale importanza sia per il lavoratore che per l'organizzazione. Il lavoratore trascorre gran parte del proprio tempo sul lavoro e questo influenza la sua qualità di vita; per l'organizzazione condizioni di scarso benessere organizzativo determinano diminuzione della produttività, assenteismo, scarsi livelli di motivazione, aumenti di reclami e lamentele dai cittadini e utenti.

Questi e altri indicatori di malessere testimoniano lo stato di disagio di chi lavora. Il concetto di salute organizzativa suggerisce che le organizzazioni contribuiscono o meno al benessere e hanno un'influenza diretta sullo stato di salute dell'intero sistema. Allo stesso tempo i lavoratori possono contribuire al successo dell'organizzazione a patto che si creino le condizioni per la loro sicurezza. Compito specifico della psicologia è quindi promuovere la salute organizzativa delle aziende porgendo particolare attenzione al benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori.

PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E BENESSERE ORGANIZZATIVO

BISOGNI SANITARI E SOCIO-SANITARI (L.E.A., P.S.N., P.S.S.R., P.O. ...)	
Popolazione generale e utenti	Operatori e servizi
☐ PROMOZIONE DELLA SALUTE - Concorso al processo di modificazione degli stili di vita (training di assertività, parent training , sostegno ai caregiver, ecc) Implementazione comportamenti di salute (autoefficacia, locus of control, competenza emotiva, modalità adattive di coping., ecc...) Creazione di ambienti favorevoli alla salute: es. progetti di peer education per adolescenti	☐ Formazione agli operatori socio-sanitari ed educativi : analisi dei contesti, (rilevazione dei bisogni e delle risorse) progettazione di i ricerche-intervento, implementazione e valutazione di esito. (es. progetto di formazione-sensibilizzazione su affidamento ed adozione, maltrattamento e abuso, depressione post parto, disabilità fisica e sensoriale ecc).
☐ Prevenzione primaria: diagnosi funzionale, individuazione delle risorse e implementazione delle stesse, individuazione degli indicatori di fragilità psicosociali e valorizzazione della partecipazione al processo di cura. (es. percorsi di sostegno alla maternità e al puerperio, attività di sensibilizzazione sociale e culturale alla genitorialità, all'invecchiamento).	☐ Implementazione, gestione e manutenzione del lavoro di rete: facilitazione delle relazioni e modalità di collaborazione fra le diverse professioni, sanitarie, tecniche amministrative, sociali, educative integrazione e definizione delle rispettive competenze e aree di pertinenza dei servizi e degli operatori della rete
☐ Prevenzione secondaria: individuazione precoce e deviazione delle traiettorie di rischio (es. adolescenti in gravidanza, a rischio di dipendenza patologica, riduzione dei bisogni socio assistenziali nell'anziano, ecc)	☐ Prevenzione dello stress lavoro-correlato, del burnout e dei disagi/malesseri che possono derivare dalla vita professionale.
	☐ Salute organizzativa: sensibilizzazione di tutti gli operatori alle tematiche del benessere psico-fisico sul luogo di lavoro, rafforzamento dell'empowerment individuale e organizzativo, miglioramento della comunicazione interna intra e inter servizi.
LE RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI)	
☐ Ricerca epidemiologica	☐ Interventi di gruppo: es. gruppi di sensibilizzazione , formazione, focus group, gruppi di self-help.
☐ Ecological assesment	☐ Intervento Psico educativo: peer education, strategie di empowerment
☐ Profili di comunità	☐ Interventi di Rete
☐ Ricognizione sociale	☐ Consulenza ad altre professionalità/servizi
☐ Ricerca-azione, ricerca-intervento	

Formazione

La formazione degli psicologi delle Aziende USL

In relazione ai bisogni individuati nel presente documento ed alle *specifiche necessità* formative della professione psicologica nello *specifico contesto* delle aziende sanitarie pubbliche, si ritiene utile delineare alcune aree tematiche per la formazione degli psicologi in servizio, quali:

- valutazione diagnostica: aggiornamento sulle tecniche ed apprendimento di strumenti psicodiagnostici - anche testistici – che sono continuamente perfezionati ed innovati;
- trattamenti psicologici effettivi ed efficaci: va posta attenzione nel progettare interventi realizzabili con le risorse effettivamente disponibili nei servizi, fondandosi su un approccio di tipo “*stepped care*”, e formare i professionisti in tale direzione; in particolare:
 - si ritiene appropriato sviluppare il *lavoro psicologico con i gruppi* nelle sue diverse forme (sostegno, psicoeducazione, psicoterapia, formazione, ecc),
 - *psicoterapia*: le risorse attualmente in dotazione alle aziende sono insufficienti a garantire l’accesso alla psicoterapia a tutti i cittadini; il servizio pubblico dovrà orientarsi verso la scelta di attività cliniche “sostenibili” e da professionalizzare e la “psicoterapia a tempo definito” sembra essere una possibilità da sviluppare, anche attraverso specifici programmi di formazione e ricerca;
- valutazioni di esito dei trattamenti psicologici; diffondere una pratica professionale non solo autoriferita, che sia in grado di misurare e confrontare i propri risultati per migliorarli;
- competenze di analisi ed intervento sulla salute organizzativa;
- refertazione e certificazione; sviluppare una modalità omogenea di refertazione non solo è doveroso per rendere visibile l’attività degli psicologi rispondendo ai quesiti degli utenti, ma è altresì utile nella pratica clinica essendo la refertazione stessa uno strumento di comunicazione ed integrazione con le altre professioni.
- sistema informativo; sensibilizzare gli psicologi sull’importanza di introdurre un sistema informativo. L’introduzione di un sistema informativo per la psicologia ha come obiettivi fondamentali la costruzione di un profilo clinico dell’utenza, la registrazione diretta dei dati raccolti dagli psicologi, la gestione di aspetti professionali, come ad esempio la refertazione.

Le AUSL nella formazione dei giovani psicologi

Le aziende sanitarie della regione hanno da tempo in essere convenzioni con le Università (Convenzione quadro siglata il 24/05/07 tra l’Ordine degli Psicologi e le Università), e, con le scuole di specializzazione universitarie e parificate (così come previsto dalla normativa di riferimento, Decreto n. 509 del 11/12/1998) per la realizzazione dei tirocini di studenti e laureati in psicologia. Si tratta di alcune centinaia di esperienze formative che ogni anno i giovani psicologi effettuano nei servizi sanitari del SSR sotto la supervisione di psicologi strutturati con funzioni di tutor.

In particolare vengono effettuati **tirocini** per:

- studenti del Corso di Laurea triennale in Tecniche Psicologiche (100-200 ore annuali);
- laureati del Corso di Laurea triennale in Tecniche Psicologiche (500 ore);
- studenti dei Corsi di Laurea magistrale in Psicologia (150 - fino a 625 ore).
- laureati in Psicologia (Laurea magistrale quinquennale vecchio e nuovo ordinamento) per l’accesso *all’esame di stato* (fino a due semestri)
- specializzandi delle Scuole di specializzazione universitarie e legalmente riconosciute per l’abilitazione all’esercizio della *psicoterapia* (monte ora variabile, , su 4/5 anni)

A questi si aggiungono le **frequenze volontarie** a cui vengono ammessi - su richiesta degli interessati - psicologi abilitati all'esercizio della professione che desiderano completare la loro formazione.

Si tratta di percorsi di frequenza che hanno modalità e finalità diverse tra loro; in generale studenti e laureati svolgono essenzialmente attività di osservazione ed affiancamento, mentre gli specializzandi in psicoterapia conducono anche attività cliniche autonomamente, sotto la responsabilità e con la supervisione di un tutor aziendale.

Dove non è ancora avvenuto, si ritiene che le AUSL debbano dotarsi di regolamenti che disciplinino in modo preciso l'effettuazione dei tirocini. Andranno necessariamente specificate le limitazioni all'impiego dei tirocinanti e frequentatori, a salvaguardia degli stessi, dei professionisti dell'azienda e dei cittadini che fruiscono dei servizi.

A studenti e laureati dei corsi triennali può essere opportuno offrire percorsi di tirocinio volti ad approfondire aspetti legati alla normalità, riservando le attività legate anche alla psicopatologia ai tirocinanti dei corsi magistrali e post lauream quinquennale.

Inoltre, l'*effettuazione di trattamenti psicologici da parte di specializzandi e frequentatori*, ancorchè necessaria per l'apprendimento "sul campo" che tali attività comportano, va attentamente regolata; è del tutto evidente che la disponibilità di professionisti in formazione che prestano gratuitamente la loro opera nei servizi del SSR è una tematica delicata di cui vanno valutate le implicazioni legali e tecnico-professionali oltre che gli aspetti organizzativo-gestionali.

Ricerca

L'evoluzione della disciplina sul piano della ricerca di base e sul piano applicativo ha prodotto notevoli risultati e una crescente articolazione delle proposte in merito a strumenti di analisi, strategie di intervento e tecniche, con ricadute di evidenza.

Allo stesso tempo le rapide trasformazioni delle collettività e i cambiamenti culturali hanno ampliato e differenziato i bisogni e le aspettative relative alla condizione di benessere personale e collettivo, nei suoi risvolti esistenziali, sanitari e sociosanitari.

La risposta della comunità scientifica e professionale è stata altrettanto rapida in riferimento alla crescita quantitativa e alla differenziazione delle proposte psicologiche disponibili.

Si pone in primo piano il problema della valutazione e della qualità dell'offerta.

Il governo delle offerte psicologiche necessita, in particolare, di programmazioni basate su valutazioni clinico assistenziali e di comunità realizzate su dati di ricerca epidemiologica e studi di evidenza scientifica indispensabile a rafforzare il raccordo tra ricerca di base e ricerca applicativa.

Il potenziamento del contributo della Psicologia clinica e di comunità si orienta in ambito sanitario pubblico soprattutto attraverso proposte di miglioramento in termini di appropriatezza, efficacia, sostenibilità dei modelli di assistenza e prevenzione sia rivolti direttamente all'utenza sia ad altri professionisti del settore sanitario, degli ambiti del sociale, educativo e alle istituzioni.

La Regione Emilia Romagna riconosce nel Piano SS il ruolo essenziale della ricerca in riferimento allo sviluppo strategico. Il ruolo di orientamento critico e supporto metodologico è rappresentato dall'Università e da Centri/ Scuole di Specializzazione in psicoterapia riconosciute dal MIUR.

Nelle recenti programmazioni dei servizi psicologici regionali si stanno evidenziando attività nel "fare ricerca empirica" mirata alla conoscenza dei processi e degli esiti degli interventi effettuati. Ciò sta favorendo una competenza professionale che si traduce nella capacità di adeguamento costante e continuo nella offerta e nella relativa valutazione degli interventi.

Nell'ambito del Programma di Innovazione e Ricerca delle Ausl (PRIER) anche la psicologia si colloca come agente di proposta e come ricevente delle indicazioni tematiche del Collegio di Direzione Aziendale e dei servizi socio-sanitari della Regione Emilia-Romagna .

Sistema Informativo

Premessa

Per avviare e consolidare la funzione **della Psicologia Clinica e di Comunità** è fondamentale poter disporre di informazioni strutturate sulle sue attività, attraverso un sistema informativo in grado di supportare la pianificazione e programmazione aziendale, con caratteristiche tali da valorizzare la sua modalità di integrazione con diversi servizi della AUSL ed interazione con diverse altre professionalità.

Gli psicologi all'interno dei diversi servizi sanitari (Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Area Consultoriale, Neuropsichiatria Infantile, Tutela Minori, Handicap fisico e Mentale, **Area Ospedaliera e Area Anziani**) svolgono funzioni e competenze che si indirizzano e si classificano nelle stesse tipologie di prodotto clinico, **ma sulle quali** si innestano le specificità legate all'area organizzativa di appartenenza, alla tipologia di utenza e ai bisogni di cui è portatrice.

Nelle AUSL la **logica** fondamentale – ma non l'unica – su cui si basano i sistemi informativi è costituita dai sistemi gestionali che consentono di **registrare**, conservare, archiviare le informazioni **sui pazienti e sulle prestazioni** erogate. **Anche per la Psicologia Clinica e di Comunità il sistema informativo è primariamente finalizzato ad ottimizzare la pianificazione e programmazione delle attività secondo i criteri di complessiva qualità.**

Attualmente vi è una situazione differenziata tra i citati 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 tutto il **sistema curante**, anche come strumento di comunicazione.

Per altri invece la situazione sembra essere **meno strutturata**, in quanto non sono disponibili ovunque sistemi informatici/informativi.

Finalità e obiettivi del Sistema informativo

Obiettivo generale è dare uniformità alla rilevazione dell'attività e della documentazione prodotta **dalla Psicologia Clinica e di Comunità.**

Il fine è di poter disporre di informazioni utili, di qualità, sintetiche, condivise e tempestive, così da coniugare una programmazione efficace ed efficiente alla appropriatezza delle prestazioni di Psicologia Clinica e di Comunità nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna.

Obiettivi specifici, da concordare e condividere con i diversi servizi di afferenza degli utenti, fatta salva la specifica normativa sulla privacy, sono:

- produrre referti e conservarli come evidenza documentale
- rilevare e valorizzare l'interdisciplinarietà e la multi professionalità degli interventi
- monitorare e tracciare le attività/prestazioni svolte, ivi compresi gli specifici tests psicologici
- individuare il profilo clinico dell'utenza ed i bisogni associati
- conoscere il carico delle prestazioni erogate dai singoli professionisti
- consentire di inserire scale di valutazione che permettano di valutare i percorsi clinici.

TARGET INFANZIA E ADOLESCENZA

MACROPRODOTTO	DEFINIZIONE	ESEMPLIFICAZIONE DI PRESTAZIONI ASSOCIATE
Accesso/Accoglienza	Primo contatto tra il servizio e l'utente a scopo di valutazione della domanda	Prima visita servizio Primo colloquio psicologico operatore (altro psicologo) Incontro con altri specialisti (scopo diagnostico) Incontro con educatori in sede/fuori sede Incontro con insegnanti in sede Incontro con insegnanti fuori sede Colloquio con altre agenzie Colloquio con strutture protette in sede Colloquio con strutture protette fuori sede Colloquio con Autorità Giudiziaria Relazioni all' Autorità Giudiziaria Relazioni cliniche Altre relazioni Udienze/convocazioni A. G. in sede/fuori sede Incontri vigilati minore/famiglia Relazione/Certificazione L.104/92 – Diagnosi Funzionale Relazione/Certificazione L.104/92 - Rinnovo certificazione Altre certificazioni Visita psicologica Osservazione Osservazione Multiprofessionale Esame neuropsicologico e cognitivo Esame del linguaggio Valutazione psicodiagnostica Profilo dinamico funzionale Discussione del caso clinico Predisposizione piano terapeutico Colloquio psicologico clinico individuale Colloquio psicologico clinico di coppia Colloquio psicologico clinico con famiglia
Valutazione e Diagnosi	Processo che ha come scopo la valutazione delle problematiche espresse e l'eventuale individuazione ed inquadramento delle stesse. Oltre sedute di osservazione, può prevedere l'utilizzo di strumenti e tecniche differenti, nonché l'eventuale somministrazione di test sia verso il paziente che il suo contesto di riferimento. Si traducono nella refertazione (relazione clinica/certificazione) e/o nell'indicazione di eventuale trattamento.	

MACROPRODOTTO	DEFINIZIONE	ESEMPLIFICAZIONE DI PRESTAZIONI ASSOCIATE
Consulenza	E' la risposta fornita dallo psicologo ad una richiesta di consiglio/parere clinico nei confronti di un percorso/paziente /processo del quale però non è titolare/referente ma il cui processo decisionale rimane in carico al servizio/agenzia /ente/professionista che formula la richiesta di consulenza	Consulenze e/o supervisione ad altri servizi/agenzie/operatori
		Audizione protetta
Trattamenti	L'insieme di risposte che lo psicologo mette in atto a fronte di una problematica che ha avuto un inquadramento diagnostico al fine di ottenere un miglioramento del quadro clinico individuale/famigliare/sociale del paziente. Prevede la definizione di obiettivi di trattamento, un piano di trattamento che fornisca una risposta coerente con il bisogno del paziente e verifiche periodiche sull'andamento del progetto di trattamento.	Predisposizione Piano Terapeutico
		Consulenza psicologica indiv. al paziente
		Consulenza psicologica indiv. al familiare
		Consulenza psicologica alla coppia
		Consulenza psicologica alla famiglia
		Psicoterapia focale a tempo definito individuale
		Psicoterapia focale a tempo definito coppia
		Psicoterapia focale a tempo definito della diade
		Psicoterapia della famiglia
		Psicoterapia focale a tempo definito di gruppo
		Counselling /Sostegno psicologico individuale al paziente
		Counselling /Sostegno psicologico individuale al familiare
		Counselling /Sostegno psicologico di coppia
		Counselling /Sostegno psicologico della diade
		Counselling /Sostegno psicologico ai genitori e ai figli
		Sostegno psicologico della famiglia
		Gruppi di sostegno con i pazienti
		Gruppi di sostegno con i familiari
		Gruppi di psico-educazione con i pazienti
		Gruppi di psico-educazione con i familiari
		Trattamenti disturbi dell'apprendimento
		Trattamenti disturbi dell'apprendimento di gruppo
		Incontro con altri specialisti
		Trattamenti Integrati: interventi diversi, complementari, focalizzati su un bisogno riconosciuto come centrale. *

		Interventi di Rete: interventi che svolgono una funzione protettiva e di sostegno sociale assicurato sotto forma di aiuto emotivo, strumentale, informativo e valutativo. **
Promozione della Salute	Lavorare in ottica di promozione della salute significa attivare quel processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute (mezzi: costruzione di competenze, analisi dei bisogni, promozione del senso di auto-efficacia e del concetto di “benessere”,)	Progettazione di Interventi di Promozione della salute
		Erogazione di Interventi di Promozione della salute
		Verifica di Interventi di Promozione della salute
Attività Indirette Prodotti	Attività e prestazioni non erogate a fronte della presa in carico di un utente, ma a supporto dei processi organizzativi e di erogazione del prodotto/servizio.	Discussione casi clinici
		Formazione obbligatoria
		Formazione facoltativa
		Riunione organizzativa
		Banca dati/registrazione attività costruzione e redazione progetti e relazioni di attività
		Progettazione, studio, ricerca
		Progetti di miglioramento
		Ricerca e implementazione dell'attività specifiche dell'area di intervento
		Tutoring

* Prestazioni associate: Progettazione e monitoraggio di interventi multiprofessionali e multidimensionali.

** Prestazioni associate: Incontro con altri servizi/specialistici a scopo terapeutico, Progettazione di interventi socio-assistenziali-lavorativi, Progettazione di interventi socio-educativi e inserimento in agenzie idonee

TARGET ADULTI – ANZIANI

MACROPRODOTTO	DEFINIZIONE	ESEMPLIFICAZIONE DI PRESTAZIONI ASSOCIATE
Accesso/Accoglienza	Primo contatto tra il servizio e l'utente a scopo di valutazione della domanda	Prima visita servizio Primo colloquio psicologico operatore (altro psicologo) Incontro con altri specialisti (scopo diagnostico) Incontro con educatori in sede/fuori sede Incontro con insegnanti in sede Incontro con insegnanti fuori sede Colloquio con altre agenzie Colloquio con strutture protette in sede Colloquio con strutture protette fuori sede Colloquio con Autorità Giudiziaria. Relazioni all'Autorità Giudiziaria. Relazioni cliniche Altre relazioni Udienze/convocazioni A. G. in sede/fuori sede Incontri vigilati minore/famiglia Relazione/Certificazione L.104/92 – Diagnosi Funzionale Relazione/Certificazione L.104/92 - Rinnovo certificazione Altre certificazioni Visita psicologica Osservazione Osservazione Multiprofessionale Esame neuropsicologico e cognitivo Esame del linguaggio Valutazione psicodiagnostica Profilo dinamico funzionale Discussione del caso clinico Predisposizione piano terapeutico Colloquio psicologico clinico individuale Colloquio psicologico clinico di coppia
Valutazione e Diagnosi	Processo che ha come scopo la valutazione delle problematiche espresse e l'eventuale individuazione ed inquadramento delle stesse. Oltre sedute di osservazione, può prevedere l'utilizzo di strumenti e tecniche differenti, nonché l'eventuale somministrazione di test sia verso il paziente che il suo contesto di riferimento. Si traducono nella refertazione (relazione clinica/certificazione) e/o nell'indicazione di eventuale trattamento.	

MACROPRODOTTO	DEFINIZIONE	Colloquio psicologico clinico con famiglia ESEMPLIFICAZIONE DI PRESTAZIONI ASSOCIATE
Consulenza	E' la risposta fornita dallo psicologo ad una richiesta di consiglio/parere clinico nei confronti di un percorso/paziente /processo del quale però non è titolare/referente ma il cui processo decisionale rimane in carico al servizio/agenzia /ente/professionista che formula la richiesta di consulenza	Consulenze e/o supervisione ad altri servizi/agenzie/operatori Audizione protetta
Trattamenti	L'insieme di risposte che lo psicologo mette in atto a fronte di una problematica che ha avuto un inquadramento diagnostico al fine di ottenere un miglioramento del quadro clinico individuale/famigliare/sociale del paziente. Prevede la definizione di obiettivi di trattamento, un piano di trattamento che fornisca una risposta coerente con il bisogno del paziente e verifiche periodiche sull'andamento del progetto di trattamento.	Predisposizione Piano Terapeutico
		Consulenza psicologica indiv. al paziente
		Consulenza psicologica indiv. al familiare
		Consulenza psicologica alla coppia
		Consulenza psicologica alla famiglia
		Psicoterapia focale a tempo definito individuale
		Psicoterapia focale a tempo definito coppia
		Psicoterapia focale a tempo definito della diade
		Psicoterapia della famiglia
		Psicoterapia focale a tempo definito di gruppo
		Counselling /Sostegno psicologico individuale al paziente
		Counselling /Sostegno psicologico individuale al familiare
		Counselling /Sostegno psicologico di coppia
		Counselling /Sostegno psicologico della diade
		Counselling /Sostegno psicologico ai genitori e ai figli
		Sostegno psicologico della famiglia
		Gruppi di sostegno con i pazienti
		Gruppi di sostegno con i familiari
		Gruppi di psico-educazione con i pazienti
		Gruppi di psico-educazione con i familiari
		Trattamenti disturbi dell'apprendimento
		Trattamenti disturbi dell'apprendimento di gruppo
		Incontro con altri specialisti
		Trattamenti Integrati: interventi diversi, complementari, focalizzati su un bisogno riconosciuto come centrale. *

		Interventi di Rete: interventi che svolgono una funzione protettiva e di sostegno sociale assicurato sotto forma di aiuto emotivo, strumentale, informativo e valutativo.**
Promozione della Salute	Lavorare in ottica di promozione della salute significa attivare quel processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute (mezzi: costruzione di competenze, analisi dei bisogni, promozione del senso di auto-efficacia e del concetto di “benessere”,)	Progettazione di Interventi di Promozione della salute
		Erogazione di Interventi di Promozione della salute
		Verifica di Interventi di Promozione della salute
Attività Indirette	Attività e prestazioni non erogate a fronte della presa in carico di un utente, ma a supporto dei processi organizzativi e di erogazione del prodotto/servizio.	Discussione caso clinico
		Formazione obbligatoria
		Formazione facoltativa
		Riunione organizzativa
		Banca dati/registrazione attività costruzione e redazione progetti e relazioni di attività
		Progettazione, studio, ricerca
		Progetti di miglioramento
		Ricerca e implementazione dell'attività specifiche dell'area di intervento
		Tutoring

* Prestazioni associate: Progettazione e monitoraggio di interventi multiprofessionali e multidimensionali.

** Prestazioni associate: Incontro con altri servizi/specialistici a scopo terapeutico, Progettazione di interventi socio-assistenziali-lavorativi, Progettazione di interventi socio-educativi e inserimento in agenzie idonee

ASSISTENZA OSPEDALIERA

MACROPRODOTTO	DEFINIZIONE	ESEMPLIFICAZIONE DI PRESTAZIONI ASSOCIATE
Accesso/Accoglienza	Prima visita con l'utente nuovo ingresso (paziente o familiare) di anamnesi e valutazione breve	Primo colloquio psicologico
Valutazione Psicodiagnostica	Processo che ha come scopo la valutazione delle problematiche espresse e l'eventuale individuazione ed inquadramento delle stesse. Oltre sedute di osservazione, può prevedere l'utilizzo di strumenti e tecniche differenti, nonché l'eventuale somministrazione di test sia verso il paziente che il suo contesto di riferimento. Si traducono nella refertazione (relazione clinica/certificazione) e/o nell'indicazione di eventuale trattamento.	Colloquio psicologico clinico individuale
		Colloquio psicologico clinico di coppia
		Colloquio psicologico clinico con il familiare/i
		Esame neuropsicologico (somministrazione di test)
		Valutazione psicodiagnostica
		Predisposizione del piano terapeutico
		Refertazione clinica
Consulenza	E' la risposta fornita dallo psicologo ad una richiesta di consiglio/parere clinico nei confronti di un percorso/paziente/processo del quale però non è titolare/referente ma il cui processo decisionale rimane in carico al servizio/agenzia/ente/professionista che formula la richiesta di consulenza	Discussione del caso clinico in equipe
		Lavoro di equipe di supervisione del caso clinico
Trattamenti	L'insieme di risposte che lo psicologo mette in atto a fronte di una problematica che ha avuto un inquadramento diagnostico al fine di ottenere un miglioramento del quadro clinico individuale/famigliare/sociale del paziente. Prevede la definizione di obiettivi di trattamento, un piano di trattamento che fornisca una risposta coerente con il bisogno del paziente e verifiche periodiche sull'andamento del progetto di trattamento.	Consulenza e/o supervisione richiesta da altri operatori/servizi
		Consulenza psicologica individuale al paziente
		Consulenza psicologica individuale al familiare
		Consulenza psicologica alla coppia
		Consulenza psicologica alla famiglia
		Sostegno psicologico individuale al paziente
		Sostegno psicologico individuale al familiare
		Sostegno psicologico di coppia
		Sostegno psicologico della famiglia
		Gruppi di sostegno con i pazienti
		Gruppi di sostegno con i familiari
		Gruppi di psico-educazione con i pazienti
		Gruppi di psico-educazione con i familiari
		Discussione del caso clinico in equipe o con altri professionisti

MACROPRODOTTO	DEFINIZIONE	ESEMPLIFICAZIONE DI PRESTAZIONI ASSOCIATE
Trattamenti Integrati	Interventi diversi e complementari, focalizzati su un bisogno riconosciuto come centrale.	Lavoro di equipe Progettazione di interventi multiprofessionali e multidim. Monitoraggio di interventi multiprofessionali e multidim.
Interventi di Rete	Interventi che svolgono una funzione protettiva e di sostegno sociale assicurato sotto forma di aiuto emotivo, strumentale, informativo e valutativo.	Incontro con altri Professionisti/servizi Discussione del caso clinico in equipe Predisposizione dell'intervento psicologico
Interventi con l'equipe curante	Interventi differenti rivolti all'equipe curante ospedaliera focalizzati sull'integrazione multiprofessionale, al fine di migliorare la qualità del processo di cura.	Programmazione del lavoro interprofessionale Incontri di discussione e supervisione dei casi clinici Supporto psicologico agli operatori sanitari (individuale) Formazione agli operatori sanitari (di gruppo)
Ricerca	Progettazione e attuazione di progetti di ricerca finalizzati al raggiungimento di differenti obiettivi (valutare l'efficacia degli interventi, rilevare bisogni degli utenti, analizzare i bisogni degli operatori sanitari, individuare fattori di rischio, valutazione del rischio di burn out, mobbing, ...)	Progettazione di protocolli di ricerca intervento Stesura di progetti di miglioramento e innovazione Presentazione del progetto Somministrazione e raccolta dei test Elaborazione statistica dei risultati Pubblicazione della ricerca Verifica dell'efficacia dei progetti realizzati
Supporto Associazioni di Volontariato e Cittadini	Interventi di formazione, supervisione, collaborazione con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni dei Cittadini presenti attivamente sul Territorio, le cui attività sono interconnesse con la Struttura Ospedaliera.	Programmazione del lavoro interprofessionale Incontri di discussione dei casi clinici Supporto psicologico agli operatori sanitari (individuale) Formazione agli operatori sanitari (di gruppo)
Attività Interne	Attività e prestazioni non erogate a fronte della presa in carico di un utente, ma a supporto dei processi organizzativi e di erogazione del prodotto/servizio.	Formazione obbligatoria Formazione facoltativa Riunione organizzativa Banca dati/registrazione attività Progettazione, studio, ricerca Tutoring

PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E BENESSERE ORGANIZZATIVO

MACROPRODOTTO	DEFINIZIONE	ESEMPLIFICAZIONE DI PRESTAZIONI ASSOCIATE
Ricerca epidemiologica	Strategia di studio dei fattori riguardanti: (a) l'eziologia, la prevenzione ed il controllo delle malattie; (b) l'allocazione efficiente delle risorse per promuovere e mantenere uno stato di salute in popolazioni umane.	Analisi Banche dati/registrazione tipologie utenti e prestazioni Ricerche di frequenza, prevalenza e distribuzione delle malattie
Ecological assesment	Strategie di valutazione quantitative e/o qualitative che consentono di raccogliere informazioni sugli ambienti di vita delle persone.	a) Analisi delle abilità di coping, abilità sociali b) Analisi delle relazioni interpersonali c) Analisi delle organizzazioni d) Analisi delle infrastrutture ideologiche e culturali
Profili di comunità	Metodo qualitativo e quantitativo per l'individuazione delle aree di problema prioritarie e dei punti di forza più significativi per la formulazione di progetti di mutamento.	■ Analisi del Profilo Territoriale ■ Analisi del Profilo Demografico ■ Analisi del Profilo istituzionale ■ Analisi del Profilo delle Attività Produttive ■ Analisi del Profilo dei Servizi ■ Analisi del Profilo Antropologico ■ Analisi del Profilo Psicologico ■ Analisi del Profilo del futuro
Ricognizione sociale	Strumento di ricerca intervento o ricerca azione partecipata nella quale soggetto e oggetto della ricerca coincidono e processo di conoscenza, di coinvolgimento e di cambiamento si intrecciano.	● Attività di conoscenza della comunità, dei suoi problemi, delle sue risorse- potenzialità ● Mobilitazione e attivazione dei soggetti della comunità e dei loro apporti ● Attività di marketing sociale e comunicazione
Ricerca azione- ricerca intervento	Lavorare in ottica di promozione della salute significa attivare quel processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute (mezzi: costruzione di competenze, analisi dei bisogni, promozione del senso di auto-efficacia e del concetto di "benessere",)	- Progettazione di Interventi di Promozione della salute - Erogazione di Interventi di Promozione della salute Verifica di Interventi di Promozione della salute

Interventi di gruppo	Tecniche di rilevazione per la ricerca psico-sociale e di intervento basate sulla discussione in piccoli gruppi di persone su un tema- problema.	Focus Group: gruppi di discussione informali su temi o argomenti specifici tra soggetti selezionati
Intervento Psico educativo	Intervento dedito al riconoscimento della situazione complessiva del soggetto, delle sue relazioni con l'ambiente di riferimento e nell'ambiente sociale.	Self Help: piccoli gruppi a base volontaria finalizzati al mutuo aiuto e al raggiungimento di scopi particolari, formati da pari che si uniscono per assicurarsi reciproca assistenza nel soddisfare bisogni comuni. Gruppi di psico-educazione con pazienti Gruppi di psico-educazione con i familiari
Interventi di Rete	Interventi che svolgono una funzione protettiva e di sostegno sociale assicurato sotto forma di aiuto emotivo, strumentale, informativo, valutativo.	Peer education: forma di educazione tra pari o tra persone che appartengono ad uno stesso gruppo o che abbiano la stessa estrazione sociale i quali instaurano un rapporto di educazione reciproca.
Consulenza ad altre professionalità/servizi	E' la risposta fornita dallo psicologo ad una richiesta di consiglio/parere clinico nei confronti di un percorso/paziente /processo del quale però non è titolare/referente ma il cui processo decisionale rimane in carico al servizio/agenzia /ente/professionista che formula la richiesta di consulenza	Interventi che creano collegamenti permanenti tra persone, gruppi, istituzioni, associazioni, enti pubblici e organismi del terzo settore che a diverso titolo si occupano dello stesso fenomeno. Consulenze e/o supervisione ad altri servizi/agenzie/operatori
Attività Indirette	Attività e prestazioni non erogate a fronte della presa in carico di un utente, ma a supporto dei processi organizzativi e di erogazione del prodotto/servizio.	Incontro con altri specialisti** Formazione obbligatoria Formazione facoltativa Riunione organizzativa Banca dati/registrazione attività costruzione e redazione progetti e relazioni di attività Progettazione, studio, ricerca Progetti di miglioramento Ricerca e implementazione dell'attività specifiche dell'area di intervento Tutoring

* Prestazioni associate: Progettazione e monitoraggio di interventi multiprofessionali e multidimensionali.

** Prestazioni associate: Incontro con altri servizi/specialisti a scopo terapeutico, Progettazione di interventi socio-assistenziali-lavorativi, Progettazione di interventi socio-educativi e inserimento in agenzie idonee

Regione Emilia-Romagna

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

**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 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 attività sociosanitarie, 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 Buseti (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
Gioacchino 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 gruppo di lavoro "Integrazione socio-sanitaria minori" - (applicazione DGR 1904/2011)
Monica Pedroni	
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 31.12.2011¹ 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 impiegato 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.

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	Programma aziendale di Psicologia clinica e di comunità, di tipo funzionale e inserito nel DAISM (Dipartimento	<i>Il programma di Psicologia è istituito con deliberazione n. 937/2009, così come previsto dal regolamento del DAI SMDP</i>

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.

	Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche). Il Direttore del programma di psicologia è anche Direttore di Struttura Complessa "U.O. Riabilitazione", sempre afferente al DAISM-DP. Per quel che riguarda le attribuzioni sovradipartimentali, le funzioni del Programma, sono esplicate in esecuzione degli indirizzi della Direzione Sanitaria.	<i>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</i> <i>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</i> <i>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>

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.

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).

Tab2 – 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

Tab 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

Tab 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

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 ASI	82,0	100,00	51,6	100,00	60,7	100,00	55,6	100,00	114,1	100,00	15,3	100,00	36,3	100,00	44,6	100,00	25,4	100,00	24,3	100,00	45,8	100,00	517,9	100

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 familiare². 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.

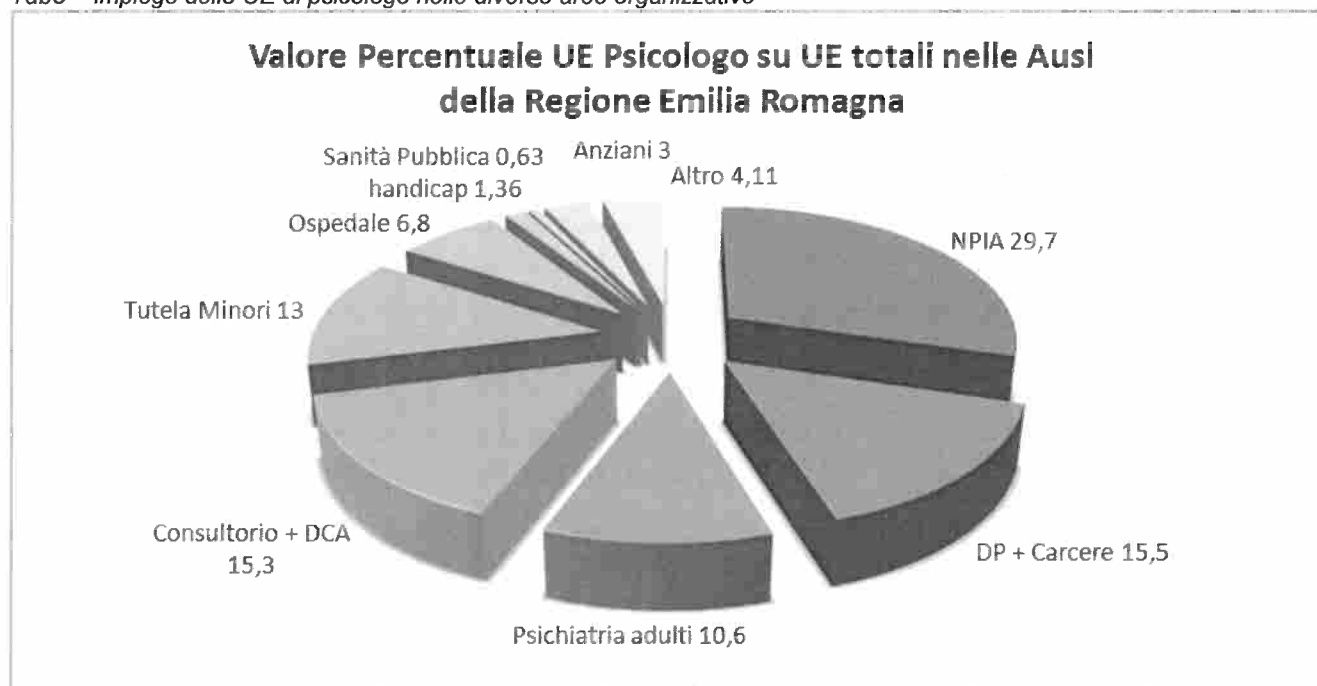
2

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 Vasto 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.

Tab5 - 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.

Tab 6 – situazione organizzativa della psicologia nelle aziende ospedaliere della Regione

Azienda Ospedaliera	Situazione organizzativa	Risorse psicologo
AO Parma	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. 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. Nel 2012 il servizio rischia la sospensione delle attività.	<i>5 psicologi a contratto libero professionale.</i>
AOU Reggio Emilia	<u>La funzione psicologica è distribuita in diversi dipartimenti. Non esiste un governo clinico unitario.</u> Il personale strutturato (1 psicologo a tempo pieno) è principalmente impegnato nel Dipartimento Ostetrico-ginecologico-pediatrico nelle aree: ostetricia, neonatologia, centro sterilità, genetica, pediatria, NPI, Ugee. Le UE dell'Azienda USL sono impegnate in Neuropsichiatria, DCA e Nefrologia.	1 UE dipendente 2,6 UE ASL 9 LP, UE non pervenute 1 LP da associazione 4 borse di studio aziendali e di associazioni
AO Universitaria Policlinico di	Il Servizio di Psicologia ospedaliera è inserito nella Struttura Operativa Complessa (S.O.C.) Formazione e Aggiornamento che afferisce al Dipartimento	6 psicologi dipendenti a tempo pieno e 6 collaboratori, per un totale di 12

Modena	Amministrativo della Direzione Amministrativa, ha carattere gestionale. Il Direttore del Servizio è uno Psicologo.	professionisti in servizio. UE tot=8 Di queste, 2,7 UE sono finanziate con budget non aziendale (associazioni, borse di studio, finanziamento ministeriale, ecc)
AOU di Bologna Policlinico Sant'Orsola- Malpighi	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. 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. Tutti i professionisti operano all'interno delle U.O. di afferenza senza collegamenti formalizzati tra di loro.	<i>2 psicologi dipendenti a tempo pieno e 18 collaboratori, per un tot di 20 professionisti in servizio.</i> 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).
A.O.U Sant'Anna di Ferrara	Non esiste un'organizzazione formalizzata della funzione psicologica. I due psicologi afferiscono al Dipartimento Neuroscienze Riabilitazione.	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.

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, NPJA, 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 familiari, 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 familiari, 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, traumatologia³.

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.

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.

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 idfispad guideline for diabetes in childhood and adolescence - International Diabetes Federation 2011

Diagnosi e terapia del carcinoma ovarico – Documento di indirizzo n.7 dell'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).

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 Trattamento, 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 base di "soccorritore", a quelle specifiche di psicologo, delle competenze specialistiche di gestione 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.

