

FISSP
FEDERAZIONE DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DI PSICOLOGIA
AIPCP
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA
SIPLES
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA DELLE LESIONI SPINALI
SIPNEI
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA
SIPSA
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA DELLA SALUTE
SIPSOT
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI
PSISA
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA SANITARIA ED OSPEDALIERA

GRUPPO PSICOLOGIA OSPEDALIERA **AUPI**

Documento di Consenso Italiano sulla Psicologia Ospedaliera

Italian Statement on Hospital Psychology
Marzo 2013

Premessa

Le trasformazioni dei processi di cura e delle esigenze assistenziali in ambito ospedaliero, scaturite dal progresso scientifico e tecnologico e da una utenza più acculturata ed attenta, hanno comportato la crescente emersione di problematiche ed esigenze attinenti alla sfera della soggettività, delle relazioni, dei comportamenti, della comunicazione, della gestione dello stress, riferibili ai pazienti ed ai loro familiari, così come agli operatori ed alle strutture.

Come risposta a queste tematiche emergenti, che sono state spesso contrassegnate come “umanizzazione” e “personalizzazione” delle cure ospedaliere, si sono registrati significativi incrementi nel campo della ricerca, delle pratiche assistenziali, della formazione, e parallelamente una specifica attenzione da parte delle politiche sanitarie. Questa significativa mole di attività, che ha visto una collaborazione a livello internazionale tra Psicologia e Medicina, ha portato alla evidenziazione dei vantaggi clinici, assistenziali ed economici di una presenza mirata dello Psicologo in Ospedale.

In relazione a ciò si è sviluppato un ambito disciplinare-applicativo – la Psicologia Ospedaliera – come sinergia tra discipline (psicologia clinica, della salute, del lavoro e delle organizzazioni, neuropsicologia) e specifiche esigenze dei contesti ospedalieri.

Le evidenze

La ricerca, gli studi epidemiologici e di economia sanitaria evidenziano quanto segue:

- Una elevata percentuale (tra il 30 ed il 46%) di persone con patologie fisiche ha problemi di tipo psicologico (depressione, ansia, stress) che comportano ricadute negative sulla risposta e aderenza alle cure, nel fronteggiamento della malattia, nel decorso, nei costiⁱ. La presenza di un problema psicologico – indipendentemente dalla gravità della patologia - aumenta i costi, a seconda dei casi, tra 33% e il 169%, come dimostra una indagine sui dati di 9 milioni di cittadini USAⁱⁱ.

Documento di Consenso Italiano sulla Psicologia Ospedaliera

- Il fattore psicologico interagisce per vie neuro-endocrine-immunitarie e comportamentali con il problema fisico, esacerbandolo, e con la sua gestione, che diviene meno efficace e funzionale. Un esempio è nella guarigione delle ferite chirurgiche che aumenta del 40% in condizioni di stress psicologico.ⁱⁱⁱ
- Di converso, interventi psicologici anche brevi nei bambini e negli adulti, che riducono stress, ansia e depressione, sono in grado di migliorare non solo il vissuto della persona ma l'efficacia delle cure e il decorso della malattia^{iv}, di accelerare la guarigione delle ferite^v, di accorciare la degenza ospedaliera^{vi}.
- Queste problematiche psicologiche trovano negli psicofarmaci da soli una risposta spesso inappropriata o inefficace, in molti casi dannosa. Perché molti di questi aspetti richiedono non la soppressione di un sintomo ma l'*empowerment* dell'utente e lo sviluppo di nuove risorse, per gli effetti di interazione e collaterali del farmaco, per dimostrata maggiore durata degli effetti degli interventi psicologici, che per questo mostrano un migliore rapporto costi-benefici^{vii}.
- Analoghe evidenze esistono in relazione all'incidenza dei fattori psicologici sul personale ospedaliero, sul burn-out, sullo stress lavoro-correlato, sui climi organizzativi, nella relazione medico-infermiere-utente, sull'umanizzazione dell'ospedale. Anche in questo caso esistono interventi psicologici di valutazione e *management* efficaci, gestibili su scala vasta e vantaggiosi economicamente.

Per questi motivi vi è stato un progressivo inserimento degli aspetti ed interventi psicologici nell'ambito delle Linee-Guida delle principali patologie trattate in ospedale (es. Malattie oncologiche, Malattie cardiovascolari, Stroke e cerebrovascolari, Gravi traumatismi, Malattie pediatriche, Problematiche neonatologiche, Chirurgia Bariatrica, HIV, malattie genetiche e rare, Riabilitazione, Dolore, ecc).

Le attività

Le attività di Psicologia Ospedaliera, previste parzialmente da una serie di norme vigenti (es. Unità Spinali, legge sui Trapianti, legge sulle Emergenze, legge e regolamenti sul Dolore, Violenza alle Donne, ecc.), riguardano prevalentemente^{viii}:

- a) L'ambito clinico-assistenziale (rivolto agli utenti adulti o bambini e loro familiari integrando la presenza dello psicologo – con funzioni di valutazione, intervento e/o supporto al personale - nei percorsi diagnostico-terapeutici per pazienti in particolari condizioni critiche acute e croniche, dovute alla patologia o ai processi di diagnosi e cura ospedalieri ad elevato impatto. Rientrano in questo ambito gli utenti il cui disagio, stress o disturbi psicologici comportano una ricaduta negativa significativa negli *outcome* assistenziali e nei costi umani, sanitari e sociali. Attività di *empowerment* degli utenti portatori di peculiari situazioni di fragilità, vulnerabilità o cronicità, per una migliore autogestione post-ricovero..
- b) L'ambito formativo: rivolto agli operatori sulle tematiche proprie dell'ambito applicativo come emergenza-urgenza, area medica e chirurgica ad elevata complessità, per promuovere l'appropriatezza nella personalizzazione delle cure, relazionale e comunicativa, la capacità di integrazione e lavoro in team, la gestione dei conflitti.
- c) L'ambito organizzativo (finalizzato ad individuare modalità più efficaci di comunicazione istituzionale ed interpersonale, di gestione del rischio, dei carichi di lavoro, del turn-over, dello stress lavoro-correlato; del miglioramento del lavoro d'équipe e della soddisfazione degli utenti.). Adozione di linee guida condivise e promozione del benessere organizzativo. Collaborazione ai processi di "umanizzazione" ospedaliera, Ospedali senza Dolore, di promozione della salute secondo la logica dell'OMS "Ospedali promotori di Salute"

Documento di Consenso Italiano sulla Psicologia Ospedaliera

Rientrano nelle voci precedenti attività come: uso di strumenti psicodiagnostici e di valutazione validati per misurare i disturbi psichici, i livelli di adattamento e funzionamento, i danni cerebrali e altre condizioni clinicamente rilevanti; screening sulla rilevanza dei fattori psicologici e la necessità di interventi conseguenti; interventi graduati per intensità e strumenti utilizzati (counseling, stress management, terapie brevi, gruppi, materiale cartaceo, sonoro, video, programmi computerizzati, ecc.); consulenza sui sovrautilizzatori dei servizi ospedalieri; supporto allo staff medico ed infermieristico.

Le attività di Psicologia Ospedaliera vengono condotte in una ottica di rete sia all'interno dei servizi e strutture ospedaliere sia con i servizi territoriali e contribuiscono alla continuità assistenziale ed alle dimissioni protette.

La situazione italiana

In Italia, a partire da alcune storiche e circoscritte esperienze si è consolidata una prima leva di Psicologi ospedalieri: nel 2003^{ix}, sono stati censiti 942 Psicologi specialisti operanti esclusivamente o parzialmente in ambito ospedaliero, nel 2012^x risulta che il 10% degli Psicologi strutturati nel SSN lavorano nelle aziende ospedaliere o prevalentemente in ospedale. A ciò si aggiungono moltissimi professionisti remunerati in varie forme (borsisti, assegnisti di ricerca, ecc.), nonché tirocinanti e specializzandi. Questi ultimi ed i volontari operano, spesso per lunghi periodi, senza alcun compenso economico, facendosi carico di una quota significativa di attività, senza adeguati riconoscimenti.

La Psicologia Ospedaliera è presente in tutte le Regioni italiane, in molte (Abruzzo, Alto Adige, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino, Umbria, Valle d'Aosta) vi sono normative e/o indicazioni programmatiche specifiche. In alcune realtà esistono LEA regionali dedicati.^{xi}

Tale programmazione risulta indispensabile per avere una razionalizzazione delle risorse psicologiche e la loro corretta utilizzazione all'interno dei processi e della rete assistenziale ed organizzativa, per una risposta più omogenea sul territorio regionale e nazionale, ma anche in relazione alla comprovata maggiore efficacia-efficienza nell'avere gli Psicologi organizzati in modo da ottimizzare l'utilizzazione degli operatori in relazione alle priorità regionali ed aziendali.

In assenza di una adeguata programmazione in materia si assiste ad un reclutamento ed inserimento episodico e frammentato di psicologi nei singoli reparti ospedalieri non al servizio dell'azienda nel suo complesso ma delle singole discipline mediche, una risposta spontaneistica e crescente a bisogni reali, che tuttavia non risponde ad un uso razionale delle risorse e delle competenze.

Nei contesti ospedalieri non sono solo le specialità mediche che chiedono, in maniera crescente, di poter utilizzare le competenze psicologiche, ma gli utenti ed i caregivers esprimono una domanda sempre più consapevole e diffusa. Secondo le associazioni dei malati l'assenza di assistenza psicologica in ospedale è una delle maggiori criticità rilevate dai malati^{xii}.

Le forme organizzative

Le modalità organizzative della Psicologia Ospedaliera devono rispondere ad un obiettivo generale di ottimizzazione delle risorse e di rapporto costi-benefici.

Tale obiettivo comporta – in base alle valutazioni disponibili ed alle esperienze effettuate – due principali conseguenze:

Documento di Consenso Italiano sulla Psicologia Ospedaliera

- a) La necessità di definire degli standard adeguati a livello nazionale e regionale, una governance a livello regionale (progetti, tavoli tecnici e di coordinamento, sistemi informativi), la definizione e condivisione di modelli operativi e percorsi diagnostico-terapeutici.
- b) La necessità di “tenere insieme” nelle forme possibili le professionalità psicologiche che operano in ambito ospedaliero, al fine di assicurare ad ogni livello una adeguata gestione delle risorse professionali in relazione alla programmazione ed alle priorità regionali e aziendali ed il loro raccordo con i servizi territoriali.

E' fondamentale disporre di “cabine di regia” regionali e locali in grado di ottimizzare l'uso delle risorse in relazione alle necessità del Sistema.

Nel declinare le modalità organizzative è necessario tener conto contestualmente e di integrare almeno i seguenti criteri:

- Istituzionale: la necessità di prevedere strutture complesse autonome di psicologia ospedaliera negli ospedali con autonomia istituzionale e/o di II livello (azienda, azienda universitaria, IRCSS, ospedali di II livello). Di prevedere attività di psicologia nei contesti ospedalieri di ASL (di I livello e di comunità) con definite modalità organizzative e di coordinamento (strutture semplici dipartimentali o SS) anche mediante forme a rete con altri servizi psicologici ospedalieri e/o territoriali
- Di ambito: riconoscere la peculiarità delle attività psicologiche svolte in ambito ospedaliero in relazione agli specifici bisogni e realtà assistenziali di questo contesto.
- Di competenza professionale: la necessità di riconoscere le peculiari competenze specialistiche degli psicologi ospedalieri e, nel contempo, di mettere al servizio del Sistema le competenze nel campo degli aspetti psico-comportamentali della malattia fisica, mediante forme di consulenza ai servizi territoriali e alle cure primarie

Conclusione

La Psicologia Ospedaliera è una risorsa etica e di efficacia, può contribuire in modo significativo a fare dell'ospedale un luogo più umano e a misura di persona, ad aumentare l'appropriatezza e l'integrazione delle cure, la soddisfazione dell'utente. Le analisi costi-benefici evidenziano che le attività psicologiche si ripagano con la riduzione dei costi che comportano, generando ulteriori risparmi per le persone ed il Sistema Sanitario.

ⁱ Naylor et al. 2012.

ⁱⁱ Melek e Norris 2008.

ⁱⁱⁱ Marucha et al 1998; Bosch et al. 2007; Gouin et al. 2007.

^{iv} Lazzari D. 2011.

^v Broadbent et al. 2012.

^{vi} Bartoli S. 2012.

^{vii} Kirsch 2012.

^{viii} SIPSOT, 2009.

^{ix} Bozzaro P. 2003.

^x AUPI Umbria, 2012.

^{xi} Reitano F. 2013.

^{xii} Cittadinanzattiva, CnAMC, 2010.