

Una risposta ai bisogni delle persone e del contesto

David Lazzari - Presidente della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia e della Associazione Italiana di Psicologia Sanitaria ed Ospedaliera

Il recente Decreto Balduzzi ignora la psicologia in ospedale. Il paradosso è che il provvedimento è nato all'insegna dell'appropriatezza, della qualità e della umanizzazione delle cure. Ora la palla passa al nuovo Governo. Una battaglia per difendere e rilanciare il ruolo dello psicologo in un luogo dove spesso si somministrano farmaci ma non si cura.

La vicenda nasce con la bozza di decreto sugli "standard ospedalieri" confezionata dal Ministero della Salute nel novembre 2012. L'intento chiaramente è quello di uno snellimento della rete sulla base di una serie di criteri, come "appropriatezza", "evidenze cliniche e scientifiche", "qualità delle cure", efficienza organizzativa. Il fine ultimo: spendere meno facendo (magari) meglio ciò che serve. Quindi un intento ufficiale pieno di buoni propositi, che, come spesso accade, a volte nasconde altri criteri, come la tutela di rendite di posizione o tagli più o meno lineari.

Avendo avuto la ventura di leggere la bozza di decreto la mattina che era stata diffusa non riuscivo a credere che non ci fosse una sola parola sulla Psicologia e gli Psicologi in un testo di decine di pagine. Il mio stupore non era eccessivo, perché prima della proposta degli "standard ospedalieri" di Balduzzi, questo nome veniva "storicamente" riferito al Decreto Ministeriale del 1988 dell'allora Ministro Donat Cattin. Da allora sono passati ben 25 anni, ma la storia sembra andare indietro, perché in quel decreto gli Psicologi erano espressamente menzionati.

Una battaglia in corso

Naturalmente vi è stata una mobilitazione dell'Ordine, delle associazioni di categoria e delle società scientifiche. Queste ultime hanno approvato un "documento di consenso" sulla Psicologia Ospedaliera (ovvero ciò che fa e a cosa serve in base alle evidenze cliniche, scientifiche ed organizzative) ed un appello rivolto a tutti da far sottoscrivere sulla rete per richiamare l'attenzione sul problema, che ha raggiunto le 8000 firme. Tutto questo è consultabile sul sito "firmiamo.it/non-cancelliamola-psicologia-in-ospedale-appello". La SIPNEI, a partire da Francesco Bottaccioli, ha prontamente aderito a queste iniziative scientifiche e di sensibilizzazione. E queste pagine sulla rivista della società ne sono una ulteriore dimostrazione. Molti mass media si sono occupati della cosa e, come dicevamo, anche il Ministro ha dovuto puntualizzare. Ma è evidente che ora la cosa è in mano al nuovo Governo e che la mobilitazione deve riprendere in pieno.

A questo punto è necessario sottolineare tre punti fondamentali:

1. Non si tratta di una questione corporativa: la posizione degli

Psicologi non si basa su una mera difesa di posti di lavoro, legittima ma certo di parte. Si basa piuttosto sulla corretta applicazione di quei criteri di appropriatezza, evidenza e qualità che vorrebbero essere alla base dei nuovi standard.

2. Non è un problema di nicchia: il problema potrebbe sembrare limitato ad un contesto specifico, l'ospedale, sinora di interesse secondario per la categoria e quindi una battaglia molto specifica. Non è così. Se si dichiara che il criterio è la qualità delle cure, la migliore risposta ai bisogni dell'utenza e l'umanizzazione è non si prevede la Psicologia, si sta dicendo che la Psicologia non serve per queste cose.

3. Non è un problema peculiare degli Psicologi strutturati: come infatti il Ministro ha già risposto nessuno pensa di cacciare gli Psicologi che già lavorano in ospedale. Non prevedere dei "Servizi di Psicologia" vuol dire però non dare dignità alla professione (dove dovrebbero lavorare gli Psicologi se non c'è uno specifico "contenitore"? sempre dispersi, come gli ebrei erranti, nei reparti medici?) e non dare prospettive ai giovani laureati. Infatti, è bene saperlo, in Sanità sono i servizi e non i singoli ad avere voce in capitolo per proporre nuove iniziative e progetti, esigenze di assunzione o attivare altre forme di collaborazione.

Le competenze dello Psicologo in Ospedale

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 – anche se riduttivamente – 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 inedita ma forte collaborazione a livello internazionale tra Medicina

una ristrutturazione mirata, tramite sviluppo di consapevolezza, risorse ed abilità. Valutare ed agire sugli atteggiamenti e comportamenti delle persone per renderli più funzionali può utilmente “sposarsi” anche alla valutazione dello stress o del disagio psicologico, dando a questi ultimi aspetti la possibilità di essere inquadrati in un contesto soggettivo di significato. Questa “sinergia” trova proficua applicazione anche nelle attività rivolte agli operatori o ai caregiver: fornire strumenti per tener conto delle ricadute psicologiche degli interventi medici o sanitari, migliorare la comunicazione e le relazioni con gli utenti e tra operatori, la gestione delle emozioni o dello stress ha – dal punto di vista tecnico – diversi elementi comuni che possono essere valorizzati per migliorare il rapporto costi-benefici negli interventi. Inoltre gli interventi per i pazienti e per gli operatori andrebbero visti come momenti complementari.

Quando si definisce un protocollo di intervento psicologico per una popolazione di pazienti (ad es. persone in dialisi) è utile prevedere – quando le condizioni lo consentono – attività mirate per gli operatori di quella struttura ed i caregiver, in modo tale che l'intervento stesso possa riguardare gli elementi di contesto cruciali e più significativi (soggetti, aspetti e processi) al fine di ottimizzare l'investimento e massimizzare i risultati. Per lo sviluppo di questi interventi nell'ambito dei sistemi sanitari è necessario – secondo l'APA – la considerazione di diverse opzioni: a) il livello al quale effettuare l'intervento (es. individuale, interpersonale, organizzativo, comunitario, sociale); b) il tipo di esecutore dell'intervento (es. psicologo sanitario, altro operatore, volontario, intervento tra pari); c) la metodologia dell'intervento (es. faccia a faccia, basato su internet o supporto tecnologico). Nonché la flessibilità di adattare gli interventi ai contesti ed alle situazioni particolari.

In generale gli elementi essenziali appaiono i seguenti:

- Esistono ormai chiare e non ignorabili evidenze sul ruolo della mente e del comportamento per la salute e nella malattia, così come nel processo di cura (Lazzari 2007).
- Esistono molte prove sull'efficacia degli interventi psicologici nella malattia fisica, sia in termini di benessere psichico e qualità della vita ma anche di miglioramento degli esiti medici e dei parametri fisici in senso stretto. (Bortaccioli 2005; Lazzari 2011).
- Molti di questi interventi risultano altresì vantaggiosi da punto di vista economico, sono cioè in grado non solo di autoripagarsi ma di ridurre i costi sanitari (Lazzari 2011).

La ricerca in questi anni ha mostrato l'importanza di sviluppare un approccio più integrato alla cura perché il vissuto e lo stress del paziente ha importanti ricadute sui processi biologici. Ad esempio lo stress psicologico aumenta del 40% il tempo di guarigione delle ferite chirurgiche (Bosch et al. 2007; Gouin et al. 2007), mentre una breve tecnica antistress migliora il decorso postoperatorio con tre giorni di degenza in meno. Una quota significativa delle cause legale intentate agli ospedali nasce da come i pazienti si sono sentiti trattati, mentre problemi di stress e burnout del personale sono alla base di molti errori che vengono effettuati.

Tutto questo si ribalta sui costi: una indagine su 9 milioni di cittadini USA ha mostrato come i fattori psicologici aumentino i costi sanitari dal 33 al 169% (Melek e Norris 2008).

La diffusione della presenza degli Psicologi in Ospedale: i numeri

Negli ultimi anni le Regioni italiane hanno risposto a queste esigenze

e a questa realtà – sviluppatasi “dal basso” a livello dei singoli contesti sotto la spinta della domanda – attraverso una azione di valutazione delle esigenze e di programmazione, che ha portato ad una diffusa indicazione nella programmazione regionale di specifiche strutture di psicologia nei contesti ospedalieri (anche se tale previsione è spesso ancora sulla carta). Tale previsione è particolarmente importante non solo per avere una risposta più omogenea sul territorio nazionale e diffondere le buone prassi, ma anche in relazione alla comprovata maggiore efficacia-efficienza di avere gli Psicologi organizzati in apposite strutture, in grado di ottimizzare l'utilizzazione degli operatori in relazione ai bisogni ed alle strategie aziendali.

Laddove ciò è avvenuto è stata possibile una razionalizzazione delle risorse psicologiche e la loro corretta utilizzazione all'interno dei processi e della rete assistenziale ed organizzativa, spesso con importanti funzioni – pertinenti all'approccio sistemico e relazionale proprio della psicologia - in termini di sviluppo delle sinergie, della coesione e di una logica di sistema. Ciò serve inoltre ad impedire una “deriva” di frammentazione e dispersione delle competenze, quale si ha con la disseminazione incontrollata o l'inserimento degli psicologi non al servizio dell'azienda ma delle singole discipline mediche, che è disfunzionale ma ineluttabile in assenza di un riferimento organizzativo adeguato per le attività psicologiche.

Secondo la più recente statistica del Ministero della Salute (rilevazioni del 2010 ma diffusi nel maggio 2013, Ministero Salute 2013) gli Psicologi dipendenti del SSN risultano 5826. Gli psicologi ospedalieri risultano ben 1238. Solo in parte questa cifra è ricompresa nei 5826, perché mancano le strutture equiparate, gli IRCSS e alcune categorie di ospedali. Degli ospedalieri 417 lavorano negli ospedali di ASL, 322 negli IRCCS e gli altri nelle aziende ospedaliere o strutture equiparate (questi ultimi 430)

I QUATTRO FATTORI DI UMANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE (punteggi medi)

1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	6,39
a. agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti	6,75
b. funzione di supporto psicologico	6,33
c. attività/interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno	6,19
2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	7,12
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	6,71
4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino	6,89
a. formazione del personale alla relazione di aiuto	7,17
b. cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale	6,96
c. accoglienza	6,84
d. formazione del personale di contatto	6,00

Rispetto alle necessità sono sicuramente pochi ma tanti se si pensa che il Ministero si è permesso di ignorarli totalmente. Ancora più seria la cosa se consideriamo che negli Ospedali ci sono molti Psicologi con contratti

e Psicologia, ha portato alla evidenziazione dei vantaggi clinici, assistenziali – e, più recentemente, economici – di una integrazione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione con l’inserimento mirato di specifici interventi di ambito psicologico. Da un lato vi è stato un progressivo inserimento – sulla spinta delle evidenze prodotte dalla ricerca e dalle esperienze sul campo – di questi aspetti nell’ambito delle Linee-Guida internazionali di tutte le principali patologie trattate in ospedale (es. Malattie oncologiche, Malattie cardiovascolari, Stroke e cerebrovascolari, Gravi traumatismi, Malattie pediatriche, Problematiche neonatologiche, Grande Obesità, HIV, malattie genetiche e rare, ecc), dall’altro la messa a punto di interventi di natura psicologica sempre più specifici, efficaci ed efficienti.

A livello internazionale e nazionale si è registrata un crescente attenzione e presenza su questi aspetti che ha portato allo sviluppo di un preciso ambito disciplinare – la “Hospital Psychology” – come sinergia tra discipline psicologiche (psicologia clinica, della salute, del lavoro e delle organizzazioni, neuropsicologia) e specifiche esigenze dei contesti ospedalieri. Anche nel nostro Paese esistono oggi corsi di psicologia ospedaliera in molti Atenei italiani, così come – a partire da alcune storiche e circoscritte esperienze – è ormai consolidata una prima leva di Psicologi ospedalieri e sta crescendo una nuova generazione di specialisti, che hanno potuto fare i propri tirocini annuali pre e post-lauream o di specializzazione in ambito ospedaliero.

In questi ultimi decenni non è stato solo evidenziato il ruolo dei fattori psico-comportamentali per la salute, ma sono stati messi a punto metodologie di valutazione ed intervento specifiche, in particolare di psicoeducazione, riduzione dello stress, gestione delle emozioni, autoregolazione, sviluppo del supporto sociorelazionale (Christensen & Antoni, 2002; Petrie 2007; Belar 2009:). Gli obiettivi di questi interventi sono molteplici, come la riduzione dello stress, il miglioramento della qualità della vita, fornire sostegno, potenziare le funzioni del sistema immunitario, sviluppare l’aderenza alle indicazioni sanitarie e l’alleanza terapeutica, ridurre la disabilità, aumentare le risorse personali, il senso di autoefficacia, le abilità di coping ed in generale le capacità di autogestione dei problemi di salute. La loro efficacia è stata dimostrata sperimentalmente da numerose ricerche, potendo così rientrare nell’ambito di una strategia evidence-based (Lazzari 2011).

I molteplici destinatari dell’intervento psicologico in Ospedale

- a) aspetto psicologico nell’autogestione della salute e della malattia fisica (convinzioni, atteggiamenti e comportamenti della persona verso la propria salute e la malattia, i fattori psicologici che promuovono o alterano la salute, che contribuiscono alla malattia fisica e disabilità, e quelli che ne condizionano l’autogestione ed il rapporto con le cure, qualità della vita legata alla salute ed alle cure)
- b) aspetto psicopatologico in persone con problemi fisici (disagio psicologico subclinico, disturbi psichici presenti nella persona e correlati

in vario modo alla malattia fisica, ovvero premorbosi o secondari alla stessa)

c) aspetto psicologico negli operatori sanitari (relazione, comunicazione e comportamenti, implementazione conoscenze aspetti psicologici degli atti sanitari e lettura aspetti soggettivi, lavoro di gruppo, gestione delle emozioni, dello stress e dei conflitti, ecc.)

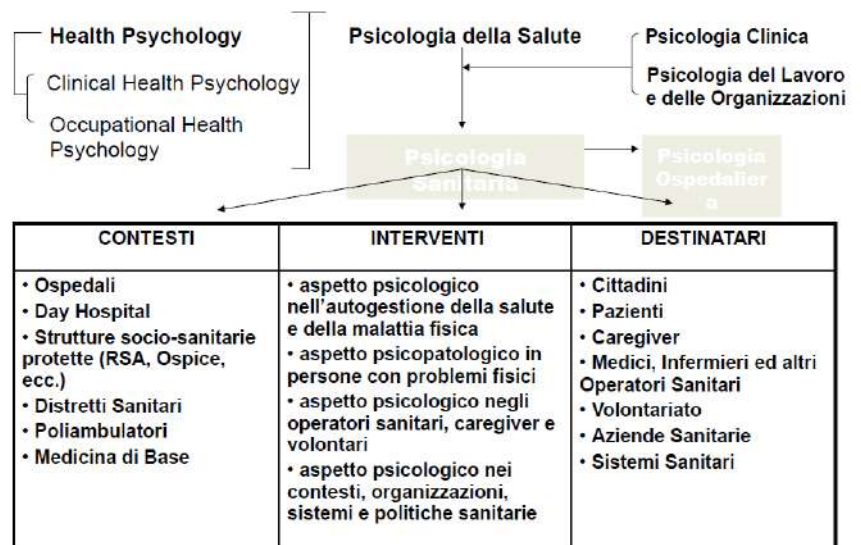
d) aspetto psicologico nei caregiver e nei volontari (sostegno psicologico, relazione con le persone malate, gestione dello stress, delle emozioni e dei conflitti)

e) aspetto psicologico nei contesti ed organizzazioni sanitarie (fattori psicologici nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, appropriatezza psicologica e livello di integrazione degli interventi, apporto al governo clinico, a protocolli e linee-guida, customer satisfaction, qualità e rischio clinico, climi e salute organizzativa, ecc.)

f) aspetto psicologico nei sistemi e le politiche sanitarie (contributo delle competenze psicologiche alla definizione degli obiettivi, dei programmi, dei modelli organizzativi e delle politiche sanitarie)

Nella tabella sottostante uno schema delle principali attività della Psicologia sanitaria (intesa come ambito psicologico che si occupa dei problemi trattati tipicamente dai servizi sanitari in genere) e ospedaliera.

La Psicologia Sanitaria ed i suoi ambiti



Come si può vedere tali attività hanno come destinatari i cittadini, le persone con problemi di salute, i caregiver, i medici e gli altri operatori sanitari, i volontari, le aziende sanitarie e le loro articolazioni nonché si sistemi sanitari nei vari livelli decisionali.

Per intervenire su questi aspetti sono oggi disponibili strumenti di valutazione validati, procedure di intervento efficaci, metodologie di progettazione e verifica. La psicologia sanitaria punta a valutare quali fattori psicologici motivano certi atteggiamenti e comportamenti piuttosto che altri più funzionali per la persona e ad attivare delle strategie di cambiamento. Questo vuol dire aiutare la persona verso



a termine, borsisti e così via: arriviamo facilmente al doppio o triplo della cifra ufficiale. E' amaro pensare che i colleghi Farmacisti risultano 1700 negli ospedali italiani ma nessuno ha pensato di togliere i Servizi di Farmacia ospedaliera!

Si può umanizzare l'Ospedale facendo a meno dello psicologo?

Uno degli aspetti più eclatanti del decreto sugli "standard" di Balduzzi è che su parla di "umanizzazione" degli Ospedali senza chiamare in causa la Psicologia. E' corretto tecnicamente? D'avvero l'umanizzazione, al di là degli auspici partigiani degli Psicologi, può prescindere dalla Psicologia? Per rispondere a tale domanda ho ritenuto utile riportare una delle più esaurienti ricerche fatte in Italia su questo tema, a cura dell'Agens (l'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari del Ministero della Salute, e del quale lo stesso Balduzzi era direttore prima di diventare Ministro) in collaborazione con l'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva, la rete nazionale del volontariato civico, e pubblicata su Monitor n. 32 del 2013. Si tratta di un lavoro, realizzato nel 2012, nel quale sono state coinvolte 54 strutture ospedaliere (in gran parte ospedali pubblici, dislocati in 16 diverse Regioni) e 110 organizzazioni di cittadini per rilevare, attraverso una checklist predisposta allo scopo, il livello di qualità e di umanizzazione dei servizi.

Ebbene, gli indicatori che risultano più critici sono proprio quelli relativi all'assistenza psicologica (vedi tabella).

Bibliografia

- Belar CD, Deardoff WW (2009) *Clinical Health Psychology in Medical Settings: A Practitioner's Guidebook*, APA
- Bottaccioli F. (2005), *Psiconeuroendocrinoinmunologia*, Red Edizioni, Milano.
- Christensen A.J., Antoni M.H. (2002) *Chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective*. Blackwell, Oxford UK
- CnAMC (2010) *IX Rapporto Malattie croniche e diritti*, www.cittadinanzattiva.it
- Lazzari D. (2007) *Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. Milano: Franco Angeli.
- Lazzari D. (2011) *Psicologia Sanitaria e malattia cronica: interventi evidence-based*. Pacini, Pisa.
- Melek S, Norris D (2008) *Chronic Conditions and Comorbid Psychological Disorders*. Seattle: Milliman
- Ministero della Salute - Direzione statistica (2013), *Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici - Anno 2010 - Ministero Salute Roma*.
- Tanese et al. (2013) Uno strumento per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero. *Monitor*, IX: 32, 26-41.
- Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:163-7.