

David Lazzari¹

Una battaglia in corso

I mass-media in questo periodo si sono occupati dello Psicologo in Ospedale, sia per la battaglia che sta conducendo la categoria che per la risposta – evasiva, ma pur sempre una risposta – del Ministro della Salute pro-tempore Balduzzi. Questa vicenda nasce con la bozza di decreto sugli “standard ospedalieri” confezionata dal Ministero della Salute nel novembre 2012. Stiamo parlando di un provvedimento teso a razionalizzare l’offerta dei servizi ospedalieri, graduandola da ospedali di base fino a quelli di elevata specializzazione e stabilendo quali strutture e servizi debbano esserci ai diversi livelli. 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. Quello stesso 8 novembre lanciavo un allarme via mail che veniva presto raccolto da molti colleghi, tra i quali i vertici dell’Ordine, del Sindacato (Aupi) e di alcune società scientifiche. 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.

Ne riporto i punti:

Articolo 3. B.5. Psichiatria. (...) nel quadro della necessaria integrazione multidisciplinare dell'unitario servizio di Psichiatria, negli organici del servizio sono previsti gli psicologi in virtù della Legge 18 marzo 1968, n° 431 e successive integrazioni.

B.6. Unità Spinali: dato il rilievo che la qualità della vita assume in questo particolare tipo di Unità Operativa, l'organico base dell'Unità Operativa strutturata va integrata con la presenza di almeno n°1 Psicologo.

F.4. (...) nel caso di Unità Operative specificatamente dedicate alla lungodegenza va posta particolare attenzione alla qualità della vita dei degenti: A questo fine va potenziato il lavoro di gruppo, coinvolgendo nell'attività assistenziale e di socializzazione figure professionali quali lo psicologo.

¹ Presidente della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia e della Ass. Italiana di Psicologia Sanitaria ed Ospedaliera.

Articolo 4. - Servizi Ospedalieri. 1. per i Servizi di diagnosi e cura, igienico-organizzativi e generali del presidio ospedaliero, le dotazioni organiche di personale determinate in applicazione degli standard di cui al presente art. 3 sono maggiorate come segue: A .Personale laureato, (medici, biologi, chimici, fisici, psicologi....) - maggiorazione media regionale del 35% della dotazione organica complessiva di personale medico risultante dall'applicazione degli standard di cui all'art. 3, con oscillazione dal 25 % al 45 %, in sede di determinazione delle piante organiche dei singoli presidi, secondo la complessità degli stessi riferita anche all'intensità tecnologica, con obbligo di motivazione nel provvedimento di formalizzazione della pianta organica.

L'Ordine, su impulso del presidente Palma e l'Aupi si sono mobilitati a livello nazionale e locale scrivendo al Ministro e alle Regioni per chiedere motivatamente la modificazione del testo. Il coinvolgimento delle Regione è fondamentale perché il testo richiede l'intesa tra Stato e Regioni, in relazione alle competenze regionali in materia di Sanità.

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 gli Psicologi non servono per queste cose. E l'ospedale è solo il primo dei decreti sugli standard delle cure....
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.

Riprendendo la storia del decreto, va detto che Ministero e Regioni hanno fatto finta di non sentire sino a quando, cogliendo l'occasione di un convegno Aupi sui livelli essenziali di assistenza (marzo 2012), ho proposto di rilanciare la battaglia, sottoponendo ai diversi soggetti (Ordine, sindacato, società scientifiche) 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. Tutto questo è consultabile sul sito "firmiamo.it/non-cancelliamo-la-psicologia-in-ospedale-appello". Oltre a quasi 8000 firme,

vi è stata la solidarietà dei sindacati medici della Federazione Fassid (della quale fa parte l'Aupi), di diverse società scientifiche, di alcuni Ordini regionali e dell'Ordine nazionale (come potete vedere sul sito). 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.

Nelle pagine che seguono, non potendo trattare in modo esauriente un tema vasto come quello della psicologia ospedaliera, presento alcuni argomenti che mi sembrano particolarmente significativi.

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 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.

Il Board of Professional Affairs dell'A.P.A. ha indicato, come aspetti di competenza di questa area: a) le Condizioni psicologiche secondarie a malattia fisica, b) la presentazione somatica di disfunzioni psicologiche, c) i disturbi con componenti psicofisiologiche, d) i sintomi fisici che rispondono ad interventi comportamentali, e) le complicazioni somatiche associate a fattori psico-comportamentali, f) la presentazione psicologica di problemi organici, g) gli aspetti psicologici di procedure mediche stressanti, h) Fattori di rischio comportamentale per malattie fisiche e disabilità, i) i problemi relativi agli operatori ed al sistema sanitario (Belar 2009).

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).

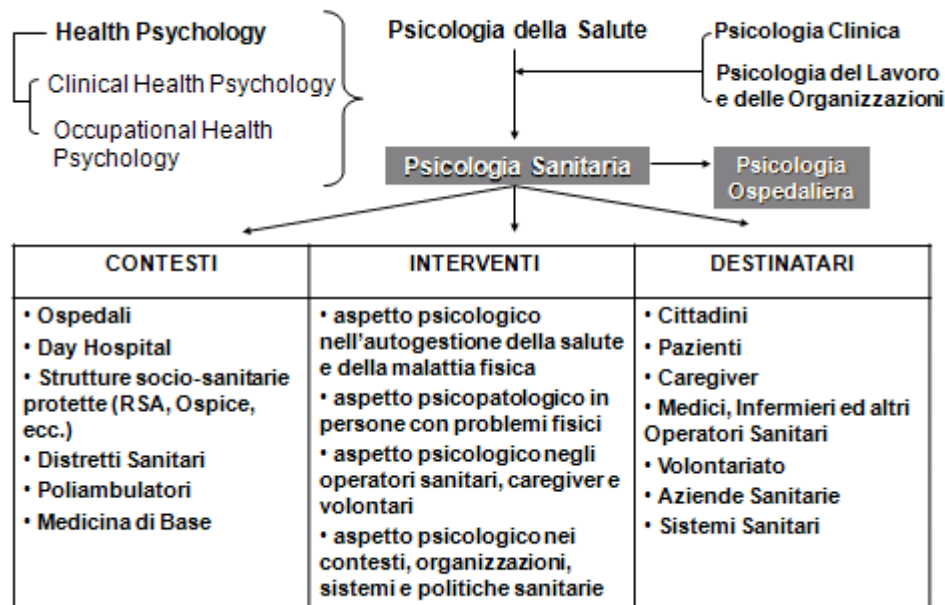
In questa sede si propone la seguente sintesi per le attività di Psicologia Ospedaliera:

- 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, clima 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



Da Lazzari D. «Psicologia Sanitaria e malattia cronica» Pacini 2011

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 i 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. Gli ambiti di intervento sopra delineati rispondono in genere a filoni di studio, ricerca ed applicazione abbastanza specifici ma hanno spesso molti elementi di sovrapposizione, sia nella natura dei processi che nella pratica applicativa. Questa sinergia risponde ad esigenze non solo tecnico-scientifiche ma anche di efficienza e di natura organizzativa. La promozione della salute, ad esempio, può essere fatta verso comuni cittadini ed allora si traduce in una attività di prevenzione primaria, ma può essere fatta anche verso persone che già hanno problemi specifici di salute (es. ipertensione, coronaropatia, diabete) o co-morbidità e complicanze da questi derivate (es. piede diabetico) ed allora potremo classificarla come prevenzione secondaria o terziaria. La psicologia sanitaria punta in ogni caso 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 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. (Bottaccioli 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 presenza degli Psicologi in Ospedale

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.

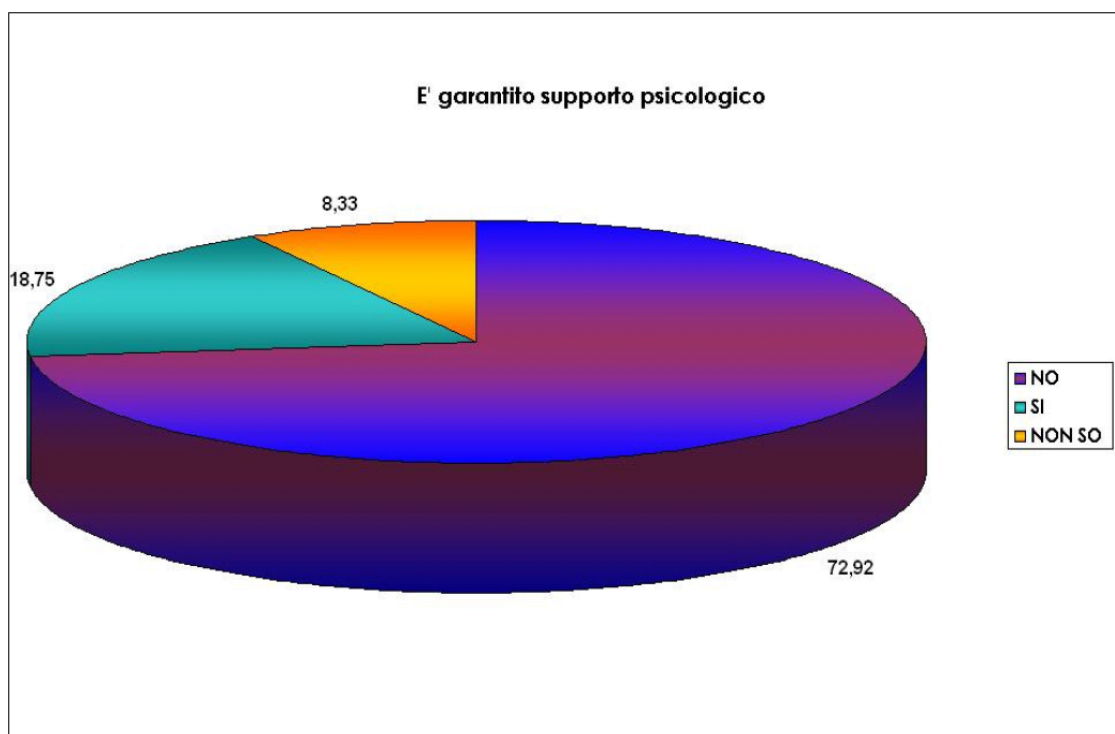
Laddove ciò è avvenuto è stata possibile una razionalizzazione delle risorse psicologiche e la loro corretta utilizzazione all'interno dei processi e della rete assistenziale ed organizzativa, spesso con importanti funzioni – pertinenti all'approccio sistemico e relazionale proprio della psicologia - 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).

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 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!

Che gli Psicologi in Ospedale siano comunque largamente insufficienti non lo dicono gli Psicologi stessi ma i malati. Lo si legge nel rapporto nazionale del Coordinamento delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC 2010):

“Un altro dato molto importante rispetto all’assistenza erogata all’interno delle strutture ospedaliere nei confronti delle persone con patologia cronica o rara è quello sul supporto psicologico. Sappiamo, infatti, quanto sia importante per le persone con tali patologie essere supportati psicologicamente da professionisti. La patologia incide profondamente sullo stato psicologico della persona, mettendola continuamente alla prova. Nonostante l’importanza fondamentale di tale tipologia di supporto, si registra ancora una profonda criticità in tal senso. Infatti, come possiamo verificare dal grafico che segue, il 72,92% delle Associazioni segnala la mancata previsione del servizio di supporto psicologico nei confronti della persona con la patologia e dei suoi familiari, l’8,33% dichiara di non essere informata in tal senso, solo il 18,75% delle associazioni segnala l’erogazione di tale servizio durante la degenza.” (pag.24)



Fonte: CnAMC – Cittadinanzattiva

Umanizzazione degli ospedali e Psicologia

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 esaustive ricerche fatte in Italia su questo tema, a cura dell’Agenas (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.

Alla base i ricercatori hanno fatto un attento esame della normativa e della letteratura per vedere quali aspetti potessero essere indicatori del concetto di “umanizzazione”. Queste le fonti:

Tipologie di fonti documentate per la formulazione degli indicatori

Fonti normative: D.L.vo 30/12/92, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria” art.14; DPCM 19/5/95 “Carta dei servizi pubblici sanitari”; D.M. 24/7/95 “Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e efficacia del SSN (allegato 224 indicatori); D.M. 15/10/96 (Ministero della sanità) “Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l’umanizzazione dell’assistenza, il diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere”; D.M. 12/12/2001 (Ministero della sanità) “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” (allegato 1;2;3;4, 91 indicatori); Leggi regionali sui diritti del malato; Leggi regionali con espliciti riferimenti al tema (es. L. R. Veneto n. 56 del 14 settembre 1994).

Materiali su specifici ambiti: OMS, 1985:“Parto: non è una malattia” - 15 raccomandazioni; “Tecnologia appropriata per la nascita”; Unicef, 2010: Standard per le buone pratiche per gli ospedali; Ospedali & Comunità amici dei bambini;

Banche dati: database della rete HPH (Ospedali per la promozione della salute) dell’OMS; database delle buone pratiche regionali per l’empowerment di Agenas; database del Premio Andrea Alesini di Cittadinanzattiva; database del Forum P.A.

Carte dei Servizi e della Qualità:Osservatorio regionale Toscana sulla Carta dei Servizi pubblici sanitari 2011 - Allegato Repertorio di impegni per la Carta dei servizi sanitari con i relativi indicatori e standard (DGR 697/2003);Carta della qualità medicina interna di Cittadinanzattiva;Carta della qualità in chirurgia di Cittadinanzattiva; Carta della qualità della cartella clinica di Cittadinanzattiva.

Da queste fonti (veramente esaustive) sono stati tratti i seguenti indicatori:

Aspetti dell’umanizzazione in sanità

- 1) Considerazione del paziente nella sua unicità; 2) Rispetto per la persona in quanto portatore di specifici valori, bisogni, preferenze, aspettative, esperienze; 3) Approccio olistico alla persona, benessere psico-fisico; 4) Informazione e coinvolgimento, processo decisionale condiviso; 5) Libera scelta; 6) Evitare sofferenze e dolore non necessari; 7) Trattamento personalizzato; 8) Privacy e confidenzialità; 9) Semplificazione; 10) Standard di qualità; 11) Relazioni dignitose, supporto emotivo e nelle cure; 12) Riduzione di paure ed ansie; 13) Indipendenza; 14) Libertà da discriminazione (coercizione, danno, sfruttamento); 15) Accesso; 16) Sicurezza; 17) Continuità delle cure e agile transizione da un servizio a un altro.

Questi aspetti sono stati raggruppati in 4 fattori, ognuno articolato in sub-fattori ed elementi, tutti con punteggi da 1 a 10.. La tabella seguente riporta questo schema.

FATTORI	SUB-FATTORI	Elementi	N. indicatori	Tot. indicatori
1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1 attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 funzione di supporto psicologico	5	45
		1.1.2 attività/interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno	4	
		1.1.3 agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti	9	
		1.1.4 "ospedale senza dolore"	4	
	1.2 rispetto della privacy	1.2.1 rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili	5	
		1.2.2 rispetto della riservatezza	2	
	1.3 impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 rispetto delle specificità linguistiche	2	
		1.3.2 rispetto delle esigenze di culto	4	
		1.3.3 rispetto delle specificità etniche e culturali	4	
	1.4 continuità delle cure	1.4.1 agevolazione della continuità delle cure	6	
2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 accessibilità fisica	2.1.1 eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali	3	47
		2.1.2 accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto	9	
	2.2 logistica e segnaletica	2.2.1 orientamento e segnaletica	2	
		2.2.2 percorsi interni	2	
	2.3 reparti di degenza "a misura d'uomo"	2.3.1 dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza	8	
		2.3.2 reparti di degenza "a misura di bambino"	4	
		2.3.3 comfort alberghiero	8	
	2.4 comfort generale della struttura	2.4.1 comfort dei servizi comuni	8	
2.4.2 comfort delle sale d'attesa		4		
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	3.1 semplificazione delle procedure	3.1.1 semplificazione delle modalità di prenotazione	4	22
		3.1.2 semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni	3	
	3.2 agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	3.2.1 agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria	8	
		3.2.2 accesso alle informazioni	4	
	3.2.3 accessibilità e fruibilità del sito web	3		
4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino	4.1 relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1.1 cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale	15	26
		4.1.2 formazione del personale alla relazione di aiuto	3	
	4.2 relazione con il cittadino	4.2.1 assunzione di impegni nei confronti del cittadino	5	
		4.2.2 accoglienza	2	
		4.2.3 formazione del personale di contatto	1	
			140	

Fonte: Agenas e Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva

I punteggi medi dei quattro fattori di umanizzazione

1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona 6,39
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

Fattore 1: "Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona". Punteggi medi in ordine decrescente dei singoli elementi

- 1.2.1 rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili 8,03
- 1.1.3 agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti 6,75
- 1.4.1 agevolazione della continuità delle cure 6,69
- 1.3.3 rispetto delle specificità etniche e culturali 6,42
- 1.2.2 rispetto della riservatezza 6,36
- 1.1.1 funzione di supporto psicologico 6,33
- 1.1.2 attività/interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno 6,19

1.3.2 rispetto delle esigenze di culto 6,12

1.3.1 rispetto delle specificità linguistiche 4,62

1.1.4 *“ospedale senza dolore” non rilevato*

Fattore 4: “Cura della relazione con il paziente e con il cittadino”. Punteggi medi in ordine decrescente dei singoli elementi

4.2.1 assunzione di impegni nei confronti del cittadino 7,46

4.1.2 *formazione del personale alla relazione di aiuto* 7,17

4.1.1 *cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale* 6,96

4.2.2 *accoglienza* 6,84

4.2.3 *formazione del personale di contatto* 6,00

Come si vede non solo gli aspetti di competenza psicologica sono essenziali, ma risultano anche quelli che ottengono un minore punteggio rispetto agli altri, evienciando una maggiore criticità.

Bibliografia

Belar CD, Deardoff WW (2009) Clinical Health Psychology in Medical Settings: A Practitioner's Guidebook, APA

Bottaccioli F. (2005), *“Psiconeuroimmunologia”*, 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.