



# Marco LUCHETTI

## un voto forte

### Quesiti

#### 1)IL FABBISOGNO DI PSICOLOGIA

- Intendete rendere esecutiva la determina 966?
- In caso affermativo siete disposti ad adeguare le piante organiche alle esigenze che ne deriveranno?"

**La det ASUR 966/06 e il Decreto SS 4/08, possono senz'altro rappresentare la cornice ricognitoria, dalla quale ripartire per considerare una nuova "stagione organizzativa" di settore, dove la dimensione quali-quantitativa ed il ruolo nelle equipe dello psicologo, sia conseguente e adeguata alle crescenti e nascenti necessità.**

**Questo significa conseguentemente rivisitare le dotazioni organiche e non escludere l'identificazione di specifiche organizzative (Servizi trasversali alle diverse aree di intervento) sia nell'Asur che nelle AO nelle evidenti diversità di missione.**

#### 2)TUTELA MATERNO-INFANTILE

- Attraverso quali modalità intendete farvi carico della problematica sopra esposta?
- Quali saranno i soggetti istituzionali deputati ad occuparsene?
- Entro quali termini di tempo intendete arrivare ad una proposta organica in merito?

**Tutelare la salute materno-infantile significa avere come finalità la promozione, l'assistenza e la tutela della salute del bambino, della famiglia, della comunità e lo sviluppo di una cultura del minore dove l'infanzia sia accettata, compresa e tutelata e la funzione genitoriale sia apprezzata negli elementi di positività creatività e rispetto. Questo significa rilanciare:**

- Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative





# Marco LUCHETTI

## un voto forte

- Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche
- Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni
- Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazione di disagio di disadattamento o di devianza
- Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi
- Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi
- Prestazioni riabilitative e socioriabilitative a minori ed adolescenti
- Prestazioni diagnostiche e terapeutiche, residenziali e semiresidenziali, a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico.
- Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali
- Progetti finalizzati ad esperienze terapeutico-relazionali, lavorative e di integrazione

Sul piano organizzativo si prospetta prioritariamente:

- Istituzione, ove ancora non effettuato, del Dipartimento Materno-Infantile necessariamente trasmurale (integrando le attività territoriali con quelle ospedaliere) anche interaziendale ove presenti le AO e inserimento di PLS nel Comitato di Dipartimento;
- Ridefinizione della *mission* dei Consultori e alla loro attuale collocazione all'interno della rete dei servizi, a fronte di una rapida diversificazione della domanda. Sul tema vengono sottolineate alcune dimensioni interne, relative al lavoro di equipe, alle metodologie d'intervento, ma anche collegate all'emersione di nuove richieste (come quelle legate all'abuso e ai maltrattamenti dei minori, del minore immigrato) che contribuiscono a costruire un quadro in movimento, che richiede maggiori capacità progettuali piuttosto che operative. Importante è anche la forte esigenza di promuovere relazioni collaborative tra i vari attori, come risorsa essenziale per un approccio efficace ed appropriato alle problematiche incontrate;
- Diffusione del Consultorio per Adolescenti con disturbi psicopatologici;





# Marco LUCHETTI

## un voto forte

- Diffusione degli ambulatori di Neuropsichiatria Infantile e Psicologia dell'età evolutiva

I tempi possono essere oggettivamente brevi, visto il livello di sensibilità manifestato dalle componenti professionali e sociali. Sono da verificare i tempi tecnici di una progettualità organizzativa definitiva, i tempi di reclutamento e le esigenze formative per i professionisti in carico e per quelli in reclutamento. Max 18 mesi.

### 3)RIDUZIONE DELLE FORME DI LAVORO FLESSIBILE

- Pensate che sia possibile rendere realmente applicativa la DGR 368 entro il 2011?
- In che modo pensate di rendere uniformi i tempi e le procedure di copertura dei nuovi e vecchi posti individuati in pianta organica all'interno delle diverse Zone?
- L'eventuale comparsa di nuovi soggetti giuridici in ambito sanitario (vedi proposta di Area Vasta a Pesaro) modificherà in qualche modo il processo di stabilizzazione previsto dalla DGR n.38?
- intendete garantire il turn over legato a pensionamenti o trasferimenti?



**Il processo di “deprecarizzazione” è contemporaneamente motivo di riordino organizzativo di sistema e di stabilizzazione di assetti e di posizioni professionali, quindi va proseguito senza indugio ed a prescindere da eventuali aggiustamenti macrostrutturali.**

**Risposte indirette sono rese al quesito 1.**



# Marco LUCHETTI

## un voto forte

### 4) RETRIBUZIONE DEL PERSONALE PSICOLOGO NON IN RUOLO NEL SSN

- Come s'intende risolvere il problema sopra evidenziato?
- Esiste la disponibilità a stanziare fondi specifici da destinare ai convenzionamenti di personale psicologo all'interno del SSN, utilizzando la formula della specialistica ambulatoriale, prevista da norme nazionali come già accade per altre categorie professionali e come altre regioni hanno già attivato per il ruolo di psicologo?

**Iniziative sistematiche di cui alle risposte ai quesiti 1 e 3 consentono un riordino tale da rendere residuale il ricorso a forme di lavoro flessibili che, in ogni caso, dovranno essere contingentate con percentuali omogenee soprattutto in chiave ASUR e comunque renumerate in forma altrettanto omogenea a parità di contenuto professionale richiesto. La formula analogica della specialistica ambulatoriale pare francamente antistorica.**

### 5) PSICOLOGIA E SCUOLA

- Cosa intendete fare in merito?

**Secondo l'Ordine nazionale degli psicologi, sul fronte della psicologia scolastica l'Italia è in ritardo; unica in Europa, non possiede un servizio di psicologia scolastica.**

**Nell'ambito scolastico soprattutto, educazione e psicologia non possono che essere strumenti della stessa azione formativa/educativa.**

**Problematiche relazionali; orientamento in entrata ed uscita; difficoltà dell'apprendimento; educazione alla sessualità; problematiche interculturali; educazione all'uso della rete e della multimedialità; sport, alimentazione e salute. Per non parlare del contributo dello psicologo negli asili, laddove le patologie sono diverse e la tempestività della diagnosi spesso l'unica cura.**

**Ritengo importante ma soprattutto etico che la Regione si impegni a garantire a tutti i giovani, i loro insegnanti e le famiglie la figura di uno psicologo nei complessi scolastici. Si conferma ampia disponibilità a verificare le forme di collaborazione con l'istituzione scolastica per l'obbligatorietà dei servizi nelle scuole di ogni ordine e grado (dell'infanzia, primarie e secondarie).**





# Marco LUCHETTI

## un voto forte

### 6) PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

- Cosa si ritiene debba fare la Regione Marche per adeguarsi alle suddette linee guida e per dotare il SSN della necessaria competenza psicologica professionale ?

**Le conseguenze di una calamità naturale, quale un terremoto, sullo stato di salute e sul benessere psicosociale della popolazione fragile non sono state studiate in modo approfondito. Le osservazioni rilevate a distanza dall'evento suggeriscono che i programmi di emergenza dovrebbero essere personalizzati ed adattati alle condizioni dei soggetti appunto a più alto rischio di mortalità, morbilità e disabilità.**

**Metodologicamente bisogna rispondere ai:**

- **problemi acuti provocati dall'evento**
  - **rischi da sospensione di eventuali trattamenti per la gestione delle malattie croniche**
  - **rischi per le popolazioni sfollate in strutture temporanee**
- Devono quindi essere programmati interventi medico-sanitari e psicosociali. I primi saranno rivolti al ripristino di cure in atto o necessarie per le nuove patologie fisiche o per l'aggravamento delle preesistenti e per il supporto anche farmacologico (fondamentale un adeguato sistema di distribuzione dei farmaci) per i disturbi psichici, comportamentali, cognitivi secondari all'evento stressante.**

**Gli interventi psicosociali saranno finalizzati a ridurre la tendenza all'isolamento, l'apatia, la confusione e l'insicurezza; ricomprendendo il supporto emotivo, momenti di socializzazione, ausili finalizzati all'orientamento e alla sicurezza personale. Tutto ciò dovrà essere svolto in un contesto ambientale sufficientemente definito, con il supporto di personale formato (psicologi in particolare appunto) con il concorso delle espressioni sociali e associazionistiche presenti.**





# Marco LUCHETTI

## un voto forte

L'uscita dall'emergenza richiederà flessibilità nella programmazione e una continua rivisitazione degli interventi in relazione alle evidenze fattuali ed ai nuovi bisogni eventualmente emergenti.

Una proposta di minima può essere la costituzione di un team in partnership con il sistema sanitario, l'associazionismo e il volontariato presenti a livello loco-regionale di approfondimento prima e strutturabile poi, che sia in grado di intervenire in occasione di eventi calamitosi. L'INRCA per gli anziani abruzzesi ha già sviluppato tale percorso.

### 7) DISABILITA'

- Come pensate di garantire la presa in carico dei soggetti portatori di handicap così come previsto dalla legge'?
- Con quali tempi?
- Quali saranno gli Assessori coinvolti nell'affrontare tali problematiche?



Le questioni collegate alle Equipe UMEE ed UMEA (strumento "storico" per coordinare i servizi per l'handicap) costituiscono le priorità maggiormente indicate nell'area della disabilità; risulta importante colmare i ritardi sia a riferimento dell'operatività effettiva che della fase progettuale e, stante un'applicazione "a macchia di leopardo", rivisitare, riqualificare e ristabilire i soggetti, le competenze, le modalità di relazione e i tempi negli accordi di programma sul sistema integrato: UMEE - UMEA - Ambito Territoriale - Servizi sociali - Scuola - Lavoro.

C'è positivamente da considerare come la maggior parte delle iniziative indicate come priorità sono già attive, anche se non mancano i progetti da avviare; i tempi possono essere quelli già indicati ai punti 2 e 8.

Auspiciabilmente con il recupero di unitarietà delle competenze sanitarie e sociali.



# Marco LUCHETTI

## un voto forte

### 8) CENTRI D'AGGREGAZIONE

- Intendete regolamentare la presenza dello psicologo nei suddetti centri
  - In che modo e con quali tempi
- La priorità dell'integrazione socio-sanitaria indicata in particolare per i "cittadini in crescita" (l'età compresa tra i 6 e i 18 anni... e oltre) emerge sotto diverse declinazioni, quali: attività di educazione alla sessualità, Centri di Aggregazione Giovanile, raccordi scuola e territorio, progetti a valere sulla L.R. 9/03, recepimento totale della D.G.R.M. 172/05, Centri di Informazione e Consulenza attivati nelle scuole, Spazi Adolescenti attivati nei Consultori.**

**Rendere sempre più professionale l'intervento socio-educativo non può che essere condiviso. Si possono trovare forme di convenzionamento con i servizi delle Zone Territoriali.**

**I tempi, non infiniti, sono necessariamente conseguenza del riordino organizzativo complessivo, prevedibile in 18 mesi, dall'avvio operativo della nuova legislatura.**

### 9) SICUREZZA SUI POSTI DI LAVORO

- Ritenete possibile impegnare risorse economiche per progetti formativi finalizzati a questo settore?
- In caso affermativo quali Settori dell'Amministrazione Regionale ne saranno responsabili?

**Come per gli altri tipi di rischio (chimico, biologico ecc.) quelli psicosociali necessitano di una particolare attenzione e di un continuo monitoraggio ai fini della loro rilevazione e prevenzione. Dopo l'approvazione del nuovo decreto riguardante la prevenzione della salute e della sicurezza sul lavoro, questa consapevolezza assume nuovo e maggior valore.**

**Se ne può dedurre che il livello di benessere organizzativo sia, oltre che l'indicatore di assenza di disagio e di danni, anche indicatore della sensibilità della propria amministrazione che "previene" attraverso diverse forme di intervento: valutazione, monitoraggio, ma formazione prima di tutto.**





# Marco LUCHETTI

## un voto forte

E' più che possibile investire risorse economiche per progetti formativi. Innanzitutto si vuole fornire a tutti i soggetti interessati strumenti, condivisi e validati dal punto di vista tecnico-scientifico per identificare le situazioni di rischio, valutarne l'entità e le possibili conseguenze in termini di malessere o di patologie, identificare strategie di intervento, di controllo e di riduzione del rischio applicabili alle realtà organizzative indagate, nonché ovviamente per alimentare le condizioni di benessere entro le strutture.

Per questo motivo si impegnamo a sostenere l'adozione di pratiche condivise e comparabili di valutazione del disagio psico-sociale, a seguito dell'introduzione del D.Lgs81/08.

Infine si vogliono favorire una serie di interventi di prevenzione e cura (laddove vengano rilevate situazioni critiche).

A questo scopo, si propone di creare gruppi multiprofessionali che possano cooperare a partire dalle diverse competenze e responsabilità sul terreno del benessere organizzativo. Il gruppo di lavoro sarà coordinato dal referente della struttura a cui si delegherà la valutazione (Università o società di consulenza privata) e sarà formato da: i dirigenti sanitari, psicologi, medici del Lavoro, referenti delle diverse UU.OO, responsabili regionali dei Servizi di Prevenzione e Protezione, rappresentanti regionali dei Lavoratori, un membro designato dal comitato regionale di coordinamento per la sicurezza nei luoghi di lavoro.

Lo scopo, in sintesi, è sia quello di individuare le risorse della struttura e le aree critiche su cui intervenire sia quello di adempiere, con "intelligenza", agli obblighi imposti dal Decreto.

