**F.A.S.S.I.D.**

Federazione AIPaC – AUPI – SIMeT – SINAFO – SNR – Dirigenti

**Area AUPI**

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

**Oggetto: Osservazioni per Audizione in IV Commissione del 9 maggio 2019 sulle deliberazioni della Giunta Regionale concernenti i manuali di Autorizzazione ed Accreditamento delle Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie.**

Nella impossibilità di partecipare nel giorno della Convocazione, Questa Organizzazione Sindacale AUPI intende portare a conoscenza dei Consiglieri componenti la IV Commissione, benché sommariamente, molti elementi già in passato argomentati in contesti diversi; riteniamo inoltre indispensabili alcune ulteriori specificazioni che affidiamo alla competenza e ragionevolezza della IV Commissione affinché i testi possano essere modificati in aspetti a nostro avviso essenziali.

**DGRM n. 358/2018**

Riteniamo che le rare occasioni in cui vengono garantite prestazioni psicologiche nei Servizi Ospedalieri siano state ben rappresentate, addirittura prevedendo che lo psicologo possa anche espletare una funzione di prevenzione e supporto al burn-out degli operatori che lavorano nella “rete della terapia del dolore (pag 132, requisito 22)

Si tratta in ogni caso di servizi e settori estremi e molto gravi.

La questione del riconoscimento della necessità di attività di psicologia in maniera più diffusa nelle strutture ospedaliere è stata da noi (inutilmente ) posta in situazioni diverse e maggiormente appropriate, senza produrre grandi cambiamenti.

Va comunque sottolineato che in realtà gli psicologi nelle strutture ospedaliere sono richiesti ed utilizzati, frequentemente con “progetti” o contratti comunque diversi dal rapporto di dipendenza.

**DGRM n. 597/2018**:

1) REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI”, requisito 36: qui si parla in merito ai Cosultori di **“personale in numero adeguato”,** (solo per fare un ulteriore esempio di un discorso generale più avanti in altre zone del documento ad esempio nella attività di procreazione medicalmente assistita, pag 51 requisito 41 si parlerà di“dotazione di personale **congrua** al volume di attività”) , e vale la pena di sottolineare che concetti così generici, e comunque riferiti solo ad aspetti quantitativi non dovrebbero essere ammissibili SE il manuale, come di fatto è, risulta il prodotto di una ponderata riflessione regionale di lunghissimi anni sulle coordinate dell'autorizzazione e dell'accreditamento!

Sintetizzando: “adeguato” e “congruo” costituiscono elementi totalmente inadeguati ed incongrui rispetto alla possibilità di definire le caratteristiche quali/quantitative dei professionisti.

Per tutti questi aspetti deve valere in ognuno dei settori affrontati nella delibera quanto più volte da noi ribadito anche di recente con la Direzione Sanità della Regione e nelle note alla proposta di PSSR, anche nei documenti presentati alla IV Commissione nel corso delle audizioni sul PSSR stesso, sulla necessità di attuare quanto previsto nella dgrm 423/**2014** relativamente alla “valutazione del fabbisogno qualitativo e quantitativo di prestazioni e professionisti nei servizi operativi nel territorio; senza questo adempimento ogni riferimento siffatto a “dotazioni organiche adeguate o congrue” risulta pura mistificazione.

2) “Centro ambulatoriale per il trattamento delle dipendenze patologiche” : poniamo una questione più volte sottolineata ed estremamente pericolosa, in quanto:

NON esiste, nel Servizi per le Dipendenze Patologiche, un solo “Centro Ambulatoriale per il Trattamento delle Dipendenze Patologiche”, perché il trattamento delle Dipendenze patologiche nelle Marche avviene in ambulatori diversi, che hanno connotazioni diverse a seconda del target (e dell’età dell’ utenza): volendo attenersi strettamente all’originaria oculata definizione della dgrm 747/04 esistono almeno 2 tipologie di Ambulator**i**, sinteticamente nominati come “ambulatorio territoriale” e “ambulatorio farmacologico” , che hanno addirittura orari di apertura diversi ma, soprattutto, anche qualora dovessero coesistere in un’unica struttura fisica per carenze logistiche, si rivolgono in tempi e modi diversi ad utenze diverse con esigenze diverse.

La semplificazione della “reductio ad unum” applicata alla dimensione clinica oltre che strutturale/logistica può mettere a grande rischio la possibilità di raggiungere la più ampia tipologia di utenza interessata da dipendenze diverse, raggiungendola anche in precocissima età, insieme ai familiari.

3) pag 61 requisito 12 si dice “Le attività sono garantite da un'equipe multidisciplinare composta almeno dalle seguenti
figure professionali:
Medico

Psicologo

Assistente sociale

Infermiere

Educatore professionale**\***

Altre specifiche professionalità necessarie nel campo di intervento” (aggiungere:), secondo le previsioni tabella 1 D.M. 444/90e dgrm n. 2541/92

**\***A tale proposito, al fine di evitare rischi di perdita di posti di lavoro per via di criticità decennali che non trovano ancora definizione totalmente esaustiva né nazionale né tantomeno regionale, va espressamente specificato anche in questo testo quanto è stato successivamente e opportunamente articolato nella dgrm 1718 del 17 dicembre 2018, relativo alle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali, pag 83 requisito 24: “Per Educatore professionale si intendono educatori professionali socio sanitari ai sensi della normativa vigente con le equipollenze riconosciute dai Ministeri competenti. In attesa di completare il processo di riconversione delle figure educative, nelle more della legislazione nazionale, gli educatori dipendenti di enti privati titolari di rapporto pubblico, possono rimanere in servizio, nella qualifica e funzione ricoperta, anche in caso di subentro di nuovo vincitore senza modifica stabile delle qualifiche professionali previste dal presente regolamento”

4) A proposito di Centri Ambulatoriali di Riabilitazione : questo aspetto, andrebbe totalmente rivisto per i requisiti incongrui alle normative di legge, che riguardano ad esempio il fatto che non si capisce SE esista una differenziazione tra adulti e minori, non è specificata la competenza di certificazione verso organismi diversi (Commissioni, Scuola, Lavoro, etc). In sintesi un abbozzo di calderoneche pare totalmente ignorare o comunque non voler sistematizzare la già critica situazione marchigiana! Inoltre nei requisiti minimi professionali non sono contemplate figure essenziali con formazioni come neuropsicomotricisti e similari.

**Ci si chiede, inoltre, che fine abbiano fatto le dizioni di legge nazionali e regionali in vigore, relative a UMEE (Unità Multidisciplinari Età Evolutiva) e UMEA (adulti), nonché alle relative e specifiche competenze anche legali e cerificative**

5) pag 58, requisito 12 dei “Centri Ambulatoriali della riabilitazione” , inizia il “gioco della barra” (così lo abbiamo definito già in precedenti incontri e documenti!) : gioco che si presenterà in varie successive aree e deliberazioni e che riguarda agglomerati di funzioni e professioni diverse che sono state divise da una “barra” anziché specificare se si tratti di una “e” o di una “o”,

Si dice “ personale dell’area psicologica e/o pedagogica”, : si chiede che al posto di e/o si scriva “e”.

6) Ancora sui Centri ambulatoriali di Riabilitazione”: anche per le loro stesse funzioni previste in delibera *“I centri ambulatoriali di riabilitazione sono strutture che svolgono attività di recupero e rieducazione funzionale con un trattamento di quadri clinico-funzionali. Rientrano tra questi anche i Centri per i Disturbi del Comportamento Alimentare-DCA, Autismo, Bisogni Educativi Speciali-BES, disturbi evolutivi specifici, Disturbi da Deficit di Attenzione/lperattività-ADHD etc. I centri prevedono una presa in carico globale dell'assistito affetto da disabilità complessa con necessità di trattamento multidisciplinare integrato, modulabile tra tutte le figure professionali coinvolte, in base all'età ed ai bisogni specifici”,* NON può essere condivisa la restrizione alla figura medica della Responsabilità di Direzione, pur se tra parentesi non si esclude che possa esistere altra possibilità.

7) Sui Centri di Salute Mentale , pag 59 requisito 10, si dice: “*Sono garantiti collegamenti funzionali, tramite appositi protocolli scritti, con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza, i MMG/PLS,* ***CATDP*** *(****C****entro* ***A****mbulatoriale* ***T****rattamento* ***D****ipendenze* ***P****atologiche), neuropsichiatria infantile, attività consultoriali, servizi di assistenza e
strutture residenziali per disabili ed anziani, altre strutture per la tutela della salute mentale”*

Curioso!

Nella prima versione del testo si parlava di Ser.D., avevamo già fatto notare per iscritto che si trattava di “svista” molto rilevante giacché dal 2004 nelle Marche i vecchi “Ser.T”. non esistono più ma al loro posto certo non esistono i “SerD” ma piuttosto gli S.T.D.P. all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche. I Ser.D. , invece, esistono in altre regioni, ad esempio in Veneto!

Chi ha operato sui Manuali ha quindi deciso di cambiare la dizione, non raccogliendo la nostra nota ma inventando di sana pianta (o copiando ?) un acronimo totalmente avulso dalla realtà marchigiana, quale è quello dei CATDP.

NON esiste, infatti, nel Servizi per le Dipendenze Patologiche, UN “Centro Ambulatoriale per il Trattamento delle Dipendenze Patologiche”, perché il trattamento delle Dipendenze patologiche avviene in ambulatori diversi, che hanno connotazioni diverse a seconda del target (e dell’età dell’ utenza): volendo attenersi strettamente all’originaria definizione della dgrm 747/04 esistono almeno 2 tipologie di Ambulatori, sinteticamente nominati come “ambulatorio territoriale” e “ambulatorio farmacologico”

SE, come riteniamo, stiamo parlando dei Servizi delle Marche, la frase DEVE essere così riformulata: “…. *i MMG/PLS,* ***CATDP*** *(****C****entro* ***A****mbulatoriale* ***T****rattamento* ***D****ipendenze* ***P****atologiche), Dipartimenti Dipendenze Patologiche (in particolare STDP -Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche: Ambulatori territoriali, tossicologici e CDO-Centro di Detossificazione Ospedaliera), Neuropsichiatria infantile,….”*

Si rileva inoltre l'assoluta mancanza di paramentri atti ad individuare la consistenza numerica degli operatori delle diverse professionalità in relazione al bacino di utenza.

Ciò rende improponibile prevedere un'apertura del CSM h12 per sei giorni, essendo tale condizione realizzabile solo in presenza di una adeguata dotazione organica, mentre allo stato attuale essa risulta insufficiente anche per un'apertura molto ridotta rispetto a quella indicata.

8) Consultorio Familiare (pag 60)

Nella Regione Marche le attività consultoriali sono garantite nel rispetto della Deliberazione amministrativa n.202 del 3 giugno 1998, da aggiungere accanto agli altri riferimenti normativi.

Tra i requisiti minimi organizzativi arebbe invece necessario prevedere in ogni CF una figura con funzioni amministrative e di segretariato , necessaria a svolgere: il ruolo di accoglienza/front office dell’utenza, le prenotazioni, la registrazione dei dati nella cartella consultoriale informatizzata (SIRTE), lo smistamento della corrispondenza e ogni altra funzione attualmente svolta dagli operatore, a scapito della propria professionalità che dovrebbe privilegiare l’attività rivolta direttamente al paziente.

Tra gli specialisti, è importante prevedere la figura dell’**andrologo**, da affiancare a quella del ginecologo negli Spazi Adolescenti, al fine di intercettare precocemente le disfunzioni dell’apparato genitale maschile e le problematiche sessuali che ne possono derivare. Questo perché negli Spazi Adolescenti cominciano ad accedere anche giovani maschi.

Oltre all’andrologo, sono necessarie in qualità di consulenti altre figure professionali quali, il **legale (**a garanziadegli operatori che si occupano di Tutela Minori su mandato delle Magistratura)**, il mediatore linguistico-culturale** (per facilitare la relazione con l’utenza straniera), **il neuropsichiatra infantile** (per gestire la grave psicopatologia dell’infanzia e dell’adolescenza che il CF tratta, spesso su mandato degli Organi giudiziari)

**DGRM n. 1718/18**

1) A proposito dell’ Unità speciale residenziale, si ripresenta il gioco delle “barre” che assumerà connotati davvero inspiegabili nel prosieguo: si parla di “Intervento/nursing riabilitativo/educativo/psicologico” come se si trattasse della stessa cosa, e come se in centinaia di pagine potesse “pesare” il fatto di inserire delle “e” al posto delle barre!.

Inoltre si ripropone a pag 34 , requisito 34, la ripetizione di quanto già visto in precedenza, cioè la previsione di “personale dell'area psicologica e/o pedagogica”, sempre con la barra! Di nuovo a pag 35 uno dei due assemblamenti con barra, e cioè “Intervento/nursing riabilitativo/educativo/psicologico”, e a pag 38 un bel “psicologico e/o educativo”, sempre come se fossero aspetti intercambiabili, mentre come sappiamo (lo sappiamo?) quello psicologico è clinico, sanitario, mentre quello educativo è pedagogico!

2) STD1, requisito 21, pag 80: torna la barbarie della “barra” affiancata allo psicologo o prestazioni psicologiche , che devono essere sostituite da “e” o “virgola” o “o” pena la surrealità del tutto! Questo anche ai requisiti 22 e 23, e anche oltre, pag 82 requisito 19, dove lo psicologo viene “barrato” con il medico (!)

3) Struttura Residenzaile per la Salute Mentale – Infanzia e Adolescenza , al requisito 6 di pag 61 si esplicita (e si limita) la titolarità della Responsabilità a Neuropsichiatra Infantile o Psichiatra. Una volta per tutte chiediamo che tali attribuzione si rivedano tutte alla luce della recentissima Sentenza del Consiglio di Stato pubblicata il 29 Aprile c.a., rimandando alla nota conclusiva.

4) Questione della“laurea magistrale sanitaria o psicosociale ”, che compare in svariate parti della delibera , in prevalenza tra i requisiti di direzione o responsabilità nella parte relativa alle Dipendenze Patologiche (requisito 18 pag 82; requisito 10 pag 85; requisito 10 pag 91; requisito 10 pag 94; requisito 11 pag 97…)

A nostre passate obiezioni si rispose che certamente la laurea in psicologia era ricompresa tra le sanitarie e si sarebbe valutato come meglio specificare, ma poiché tutto resta invariato riteniamo indispensabile che si possano “elencare” le lauree a cui si sta facendo riferimento o che in alternativa, per razionalizzare tempo e risorse umane al lavoro sulle revisioni dei testi, si riscriva come requisito “Laurea magistrale in: Psicologia, Sanitaria o Psicosociale”

**DGRM n. 257/19**

1) Ancora “barre”!: Residenze con Demenza, al requisito 26 *“Sono garantiti almeno 120 minuti/die di assistenza medico****/****psicologica ogni 20 posti Ietto.* “ (Poi si specifica cosa dovrebbe fare il medico e cosa lo psicologo) Ma che significa? Medico e Psicologo sono intercambiabili e debbono spartirsi le ore previste ?!?

Si chiede di sostituire la barra tra medico e psicologo con “e” !

2) Residenza per malati di AIDS e Centro Diurno per malati di AIDS, requisiti 7 di pag 45 e requisito 5, pag 47: consideriamo ridicola ed offensiva, sia per i pazienti e sia per i professionisti, la “garanzia” di “*Psicologo con specializzazione in psicoterapia: 30 min alla* settimana *pro capite per sostegno psicologico - individuale e/o di gruppo e/o familiare”* , quindi 30 minuti settimanali per la residenziale e di *“Psicologo con specializzazione in psicoterapia: 15 minuti per utente a settimana per sostegno psicologico - individuale e/o di gruppo e/o familiare*

Addirittura 15 minuti a settimana!!! Forse si pensa che sia più che sufficiente per una pacca sulle spalle (anche ai familiari) “e/o” una qualunque becera battuta per tirare su il morale ?!?

3) Hospice , pag 42: se al requisito 47 sono previste professionalità diverse, compresi gli Psicologi, nel momento in cui al requisito 52 si definisce lo standard assistenziale esclusivamente in termini di Assistenza infermieristica e Assistenza OSS, mentre il requisito 53 si occupa della reperibilità medica. Quindi è lecito concludere che la figura professionale dello Psicologo (ma anche dell’ Assistente Sociale in questo caso) non sia considerata previsione necessaria e garantita nello “standard assistenziale” dell’ Hospice.

**DGRM 258/2019**: essa riguarda il manuale di Accreditamento che definisce i requisiti che debbono essere posseduti da chi, ha già ottenuto l’autorizzazione : troviamo che gli obbiettivi siano decisamente ambiziosi ma non utopici; struttura e articolazione della delibera risultano ineccepibili, è davvero notevole che le caratteristiche e i requisiti di accreditamento, raggiungibili in intensità e scansioni temporali diverse , riguardino “processi” prevalentemente qualitativi, piuttosto che quantitativi, che prefigurano uno sviluppo possibile con caratteristiche auspicabilmente sempre più positive per i cittadini marchigiani.

Ma dispiace pertanto ancora di più che il “segno” delle competenze psicologiche sia relegato al ruolo di concorso alla valutazione multidisciplinare (vedi pag 17 requisito 2.2 “eleggibilità e presa in carico pazienti) mentre relativamente alla presa in carico (pag 58 requisito 8.1 “programmi per la umanizzazione e personalizzazione delle cure) viene prevista solo per *“supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia., trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza”;*cioè in situazioni estreme, perdendo totalmente la possibilità per il SSR di sfruttare la valenza che la nostra professione può espletare anche contribuendo alla costruzione di modelli di analisi e di intervento

Per concludere con una questione che può assumere risvolti strettamente legali, ai quali non vorremmo ricorrere, dobbiamo rendere nota e rimarcare la SENTENZA del CONSIGLIO di STATO N. 02735/2019REG.PROV.COLL. N. 00165/2013 REG.RIC. , pubblicata il 29/04, nella quale si riconosce il diritto da parte degli Picologi a partecipare ai concorsi e poter dirigere le Strutture Complesse della Salute Mentale (analogamente a quanto affermò la Corte Costituzionale con la sentenza n. 321 del 2011 per la Direzione dei SERT), in quanto “Le strutture complesse per la tutela della salute mentale svolgono sia prestazioni strettamente mediche e psichiatriche, che terapie psicologiche, quali quelle afferenti alla diagnosi e alla cura, non farmacologica, del disturbo psichico. Non è pertanto legittimo riservarne la direzione al solo personale sanitario appartenente al profilo professionale medico”.

Non volendo fare le pulci ad ognuna delle delibere in discussione, **invitiamo caldamente a rivedere questi aspetti della titolarità alle Direzioni di Strutture in ognuno degli Atti di Autorizzazione e di Accreditamento che si andranno ad assumere, per evitare l’imprescindibile ricorso a vie legali da parte dei nostri Organismi regionali e nazionali.**

Ancona 6.5.2019

 Il Segretario Regionale AUPI

Dott. Anna Grazia Cerioni

Cell.3385950253