la mente che cura

RIVISTA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELL'UMBRIA

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 6 del 16/07/2015

Anno VI, n. 7, agosto 2020





Pubblicazione a carattere scientifico e informativo dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria

Anno VI, n. 7, agosto 2020

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 6 del 16/07/2015

Consiglio dell'Ordine

David Lazzari - Presidente Antonella Micheletti - Vice presidente Laura Berretta - Segretario Paola Angelucci - Tesoriere

Consiglieri

Filippo Bianchini Corinna Bolloni Pietro Bussotti Chiara Cottini Mara Eleuteri Mirela Marinela Melinte Elisabetta Proietti Lilla

Direttore responsabile

Roberta Deciantis

Coordinamento Editoriale

Rosella De Leonibus

Redazione

Michele Bianchi Daniele Diotallevi Mara Eleuteri Maria Lo Bianco

Editing

Manuela Pellegrini

Segreteria

Raffaela Antonietti

Per l'invio di contributi e per le norme redazionali rivolgersi alla Redazione via e-mail all'indirizzo lamentechecura@ordinepsicologiumbria.it

Recapiti Ordine degli Psicologi dell'Umbria Via Alessandro Manzoni 82 06135 Perugia 075 5058048 info@ordinepsicologiumbria.it

> Stampa Tipolitografia Morphema



La casa editrice garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati e la possibilità di richiederne la rettifica o la cancellazione previa comunicazione alla medesima. Le informazioni custodite dalla casa editrice verranno utilizzate al solo scopo di inviare agli abbonati nuove proposte (L. 675/96).



la mente che cura

RIVISTA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELL'UMBRIA

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 6 del 16/07/2015

Anno VI, n. 7, agosto 2020

SOMMARIO

	EDITORIALE David Lazzari	2
01.	LA PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE. DALL'ANALISI DEI MODELLI ALLA SCELTA ATTUATIVA Chiara Pazzagli, Livia Buratta, Claudia Mazzeschi	3
02.	IL PROGETTO "PSICUP - PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE". I DATI DELLA RICERCA Livia Buratta, Chiara Pazzagli, Claudia Mazzeschi	11
03.	PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE: IL PUNTO DI VISTA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE Barbara Bertocci, Maddalena Bazzoli	19
04.	PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE: LA SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI. ALCUNI SPUNTI DI RIFLESSIONE Maddalena Bazzoli, Barbara Bertocci	24
05.	PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE: QUALI PROSPETTIVE FUTURE? La proposta di un modello sempre più centrato sui bisogni emergenti dei pazienti Maddalena Bazzoli, Antonella Micheletti, Paola Angelucci	29
06.	UN PERCORSO DI SUPERVISIONE CLINICA QUALE MODELLO DI SOSTEGNO PSICOLOGICO AI CURANTI Clara Nulli Gabbiani»	40
	Contributi presentati al Convegno "La psicologia nelle Cure Primarie: i risultati del progetto PSICUP" (Perugia, 17 ottobre 2019):	
07.	IL PUNTO DI VISTA DEL DIRETTORE SANITARIO DI FOLIGNO Paola Menichelli»	42
08.	L'ESPERIENZA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE PUGLIA Antonio Antonaci	44
09.	LA SPERIMENTAZIONE DELLA PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE NELLA AFT DI MARSCIANO Pietro Cavalletti	47
10.	L'ESPERIENZA DELLO PSICUP NELLA CASA DELLA SALUTE DI TREVI Luigi Andreani	49

EDITORIALE

David Lazzari

Presidente dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria, Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi

E con vero piacere che presento questo numero della nostra rivista sul tema dello Psicologo di Cure Primarie, argomento di grande attualità e oggetto in Umbria di una significativa sperimentazione.

Una esperienza - i cui dati vengono presentati in queste pagine - che è stata un riferimento per il progetto nazionale sullo PSICUP del CNOP e una base per il recente disegno di legge presentato al Senato.

Sono anni che la letteratura internazionale documenta l'importanza di intercettare i bisogni psicologici a un livello di maggiore prossimità, e in questo le cure primarie - così si chiama l'ambito che comprende l'assistenza di base, la medicina generale e la pediatria di libera scelta - sono un candidato ideale e naturale, per una definita presenza dello Psicologo nell'ambito di una l'indispensabile integrazione tra diverse figure professionali.

Gli aspetti psicologici sono entrati nel campo della salute con piena dignità con la nota definizione dell'OMS del 1948 sul "benessere psicologico" come ingrediente fondamentale ma, ancora più pregnante, è la definizione poco nota del 2011 che vede la salute come "capacità di affrontare le sfide e costruire equilibri adattivi" (OMS 2011).

La salute è quindi risultante di una capacità soggettiva e collettiva che può essere sviluppata, promossa e recuperata quando occorre. Il malessere, il disturbo o la malattia, che si presenta sul piano psico-comportamentale, fisico o in forma mista, è spesso l'espressione di una difficoltà, di un disagio lungo il percorso di vita. Limitarsi a etichettarla e considerarla come separata dalla persona, come

mero fatto biologico, è spesso fuorviante e risulta poco efficace.

Capire questo ed essere in grado di affrontarlo è la sfida dell'oggi, ne va della sostenibilità del nostro Sistema Sanitario. Perché non guardare alla persona ma solo a una parte di essa il più delle volte non risulta una strategia efficace ed efficiente.

Oggi, se si vuole promuovere la salute e curare con efficacia, la psicologia serve, serve lo Psicologo accanto al Medico, all'Infermiere e alle altre figure sanitarie. E le cure primarie sono il primo luogo dove intercettare i problemi e dare risposte. Dove costruire "alleanze" tra operatori e persone, che sono la base del nuovo modo di curare, superando un assistenzialismo anacronistico, scientificamente ed economicamente.

Lo Psicologo è formato per guardare alle persone nella loro soggettività, nei loro equilibri adattivi e relazionali, alle loro transazioni con il mondo, per promuovere competenze di vita e risorse, prima ancora che per riparare e curare, e di questo orientamento alla costruzione e alla promozione c'è oggi un grande bisogno.

Per tutti questi motivi è fortemente auspicabile che il sistema capisca l'importanza di avere lo Psicologo nelle Cure Primarie, come elemento di una nuova visione proattiva di tutela della salute, che - semmai ce ne fosse stato bisogno - è emersa con forza dalla pandemia come necessità per un Servizio Sanitario in sintonia con le sfide del presente.

Ci auguriamo che l'Umbria, che ha promosso questa importante sperimentazione, sia ora in grado di mettere a sistema questa risorsa.

LA PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE. DALL'ANALISI DEI MODELLI ALLA SCELTA ATTUATIVA

Chiara Pazzagli, Livia Buratta, Claudia Mazzeschi

Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione dell'Università degli Studi di Perugia

1. Introduzione

a figura professionale dello Psicologo di Cure ■ Primarie (PCP) è presente da tempo in alcuni Paesi Europei, tra i quali i Paesi Bassi e l'Inghilterra. La Gran Bretagna è la nazione che ha più investito in questa figura e, insieme all'Olanda, prevede un modello maggiormente strutturato e organico, con una formazione specifica. In altri Paesi, la figura del PCP non è inserita nel Sistema Sanitario Nazionale, ma si tratta di un ruolo ancora in fase di sperimentazione. Questo è il caso dell'Italia, dove nel mese di giugno 2019 è stato fatto un importante passo verso un maggiore riconoscimento di tale figura con l'approvazione al Senato del cosiddetto "Decreto Calabria", nel quale è stata inserita una norma che prevede che tutti i Medici di Medicina Generale (MMG), in specifiche condizioni, dovranno avvalersi anche della figura dello psicologo. Tale Decreto è l'esito di varie iniziative che si sono succedute negli anni sul territorio italiano, tra le quali: nel 2014 il "Patto per la Salute" stipulato tra Governo e Regioni in cui sono state introdotte delle novità fondamentali per gli psicologi; nel 2016 l'approvazione del Piano Nazionale Cronicità, che vede l'inserimento della figura dello psicologo nel team multidisciplinare atto a gestire le patologie mediche croniche, e nel 2017 la revisione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in cui il PCP si colloca nel secondo livello di assistenza distrettuale (servizi sanitari e sociosanitari che non siano in ospedale); nel 2018, la legge

3/2018 volta a identificare la psicologia come professione sanitaria.

L'esigenza di introdurre la figura professionale del PCP nasce da molteplici considerazioni, all'interno di un modello bio-psico-sociale integrato della salute e della malattia. Tra queste, da un punto di vista clinico, la constatazione che molti dei disturbi che i pazienti portano dagli MMG non sono primariamente sintomi di malattie biologiche, seppur percepiti unicamente come fisici. In aggiunta, un alto tasso di persone con disturbi psicopatologici che si rivolgono agli MMG non accetterebbero di rivolgersi a un professionista della salute mentale in un altro contesto. Uno studio italiano ha mostrato come il 24% dei pazienti che si rivolge all'MMG presenti un disturbo psicopatologico, tra questi il 10,4% soffre di depressione e il 7,9% di disturbi d'ansia, e che solo una quota minoritaria (2%) di essi si rivolge direttamente ai servizi di salute mentale (Curcetti, 2008). È stato per di più rilevato come percentuali molto alte (fino al 70%, secondo Gatchel, 2004) dei pazienti che richiedono un appuntamento dall'MMG presentino problemi psicosociali legati a tale richiesta, sui quali il PCP può intervenire efficacemente anche in un'ottica di prevenzione. Inoltre, numerosi pazienti che si rivolgono alle cure primarie possono attuare, con la presenza del PCP, cambiamenti nell'assunzione di comportamenti più salutari che non attuerebbero solo con il suggerimento dell'MMG. Da questa prospettiva, il

PCP, maggiormente accessibile per i cittadini poiché svolge la sua attività più vicino ai luoghi di vita e di lavoro, si configura anche come un filtro tra la popolazione e le cure specializzate.

Si affiancano a queste e ad altre considerazioni, di natura principalmente clinica e sociale, importanti aspetti economici. Il non riconoscimento del disagio di natura psicologica nei pazienti che si rivolgono all'MMG si traduce spesso in un ricorso a farmaci, visite specialistiche e strumentali, con i relativi costi. La collaborazione tra MMG e PCP riduce, infatti, gli esami e le visite specialistiche, l'uso dei farmaci, la frequenza e durata delle ospedalizzazioni, aumenta il benessere psicofisico e riduce anche il carico di lavoro degli MMG e i tempi di attesa per le visite.

Nonostante siano, quindi, state ben documentate le motivazioni di natura clinica, sociale ed economica della figura professionale del PCP, solo negli ultimi anni i dati di ricerca sulla effettiva efficacia degli interventi del PCP sono stati maggiormente sistematici, permettendo di fornirne un quadro più chiaro. Come riporta Blount nel 2003, gli studi sull'efficacia degli interventi del PCP erano di difficile generalizzazione, a causa di molteplici diversità presenti negli interventi valutati e nelle modalità utilizzate per stabilirne l'efficacia. L'eterogeneità delle ricerche, infatti, riguardava i modelli attuati, i tipi di trattamento offerti, il tipo e l'ampiezza della popolazione alla quale l'intervento era rivolto, insieme alla varietà delle metodologie, dei costrutti e degli strumenti utilizzati per valutarne l'efficacia. In generale, come riportato in una review sistematica (Brettle et al., 2008), le ricerche mostrano come in termini di salute mentale la presenza di un counselling psicologico nelle cure primarie rispetto alle modalità usuali renda gli interventi non solo maggiormente efficaci, ma anche maggiormente efficienti, mostrando come con interventi brevi, dai 6 ai 10 incontri, dal 60 al 80 % dei pazienti raggiungano miglioramenti clinicamente significativi. Verranno dapprima riportati i principali modelli di intervento del PCP e delle metodologie

adottate per valutarne l'efficacia, ponendo particolare attenzione alle esperienze italiane, con l'obiettivo di delineare poi la scelta attuativa effettuata nella sperimentazione umbra dello PSICUP e i criteri che hanno guidato la scelta del metodo utilizzato per la verifica empirica della sua efficacia.

2. Cenni a modelli di integrazione tra PCP e MMG e possibili percorsi di cura

Nell'ambito delle cure offerte dal PCP, ai fini di una prima sistematizzazione dei differenti interventi attuati, Blount (2003) ha proposto tre indicatori principali per distinguere la relazione e il livello di integrazione tra PCP e MMG, lungo un continuum di collaborazione:

- a. Servizi coordinati: esiste un servizio di psicologia che scambia in modo abbastanza regolare le informazioni con l'MMG, ma i rispettivi studi sono situati in luoghi diversi. Spesso i rapporti iniziano su base spontanea, a seguito di un invio tra un servizio e l'altro, e poi proseguono. In questo modello, molto del successo del rapporto dipende dall'impegno dei professionisti coinvolti;
- b. Servizi co-locati: nello stesso contesto sanitario vengono offerti servizi diversi (visite mediche, consultazione psicologica, consultorio, ecc.). La comunicazione e la relazione tra PCP e MMG sono più facili grazie alla prossimità spaziale. La co-locazione riduce le resistenze dei pazienti e lo stigma, in quanto sottolinea la natura delle cure psicologiche come parte delle più generali cure sanitarie. È stato anche mostrato come, in questo setting, non solo gli MMG affrontavano maggiormente tematiche psico-sociali con i pazienti, sapendo che in caso di necessità era possibile coinvolgere il PCP in tempi ragionevoli, ma anche che quando è l'MMG a introdurre il PCP, il 76% dei pazienti prende il primo appuntamento versus il 44% dei pazienti ai quali l'MMG prescrive una visita con il PCP senza introdurlo (Apostoleris, 2000);

c. Servizi integrati: l'MMG e il PCP lavorano come parte dello stesso team, condividono spazi e informazioni all'interno di un piano di cura integrato. Vi è, quindi, un unico piano di trattamento e non due.

Tecnicamente, come riporta sempre Blount (2003), i servizi possono essere co-locati ma non coordinati, oppure essere integrati ma non co-locati. Per tale motivo, questi descrittori dovrebbero essere intesi su un piano dimensionale del livello di collaborazione tra le due figure professionali e non come mutualmente escludentesi. Accanto a questi ampi indicatori, è possibile distinguerne numerosi altri, quali il tipo di trattamento erogato e il numero di incontri proposti, quest'ultimo mediamente quantificabile dagli studi sistematici tra i 6 e i 10 incontri (Brettle *et al.*, 2008).

Per quanto riguarda i possibili percorsi di presa in carico, si distinguono in letteratura vari modelli per l'attuazione degli interventi di psicologia, che anche qui non devono essere considerati come descrittivi di prassi mutualmente escludentesi (Liuzzi, 2016). Tra questi, il modello dell'invio prevede che sia l'MMG a inviare le persone allo psicologo, il quale ne assume la totale responsabilità dalla presa in carico. Questo modello, adottato nelle prime esperienze inglesi di collaborazione tra medico e professionista della salute mentale, si attuava in setting separati, mentre negli sviluppi successivi si è trasformato spesso in servizi colocati. Il modello di consultazione - liason, introdotto in ambito psichiatrico per il trattamento dei pazienti psichiatrici nelle cure primarie, prevede un collegamento (liason) tra professionisti della salute mentale e MMG, al fine proprio di favorirne la collaborazione e l'interazione attraverso anche il supporto e la formazione degli MMG. Diversamente, nel modello generalista, all'interno di un setting condiviso, il PCP affianca l'MMG per cogliere i bisogni di quei pazienti che più difficilmente trovano risposta nei servizi della salute mentale, delineando così l'intervento come focalizzato sulla promozione del benessere, oltre che sulla cura. Nel modello di cura collaborativa (collaborative care), un team di professionisti (es. MMG, PCP, infermieri, operatori sanitari) interviene su un paziente, pur lasciando la titolarità del trattamento all'MMG. In questo caso, il setting maggiormente efficace risulta essere quello co-locato. Il modello stepped-care prevede percorsi diversi a seconda della gravità dell'utente. Lo psicologo viene coinvolto quando ritenuto necessario. Un'ampia gamma di interventi psicologici può essere attuata secondo i concetti di appropriatezza, efficacia clinica, evidenze scientifiche e costi. Tale modello prevede un inizio con il trattamento valutato come a più bassa intensità e alta efficienza; qualora si osservi una mancanza di miglioramenti, è prevista la possibilità di procedere con terapie più intensive. Esistono quindi diversi percorsi a seconda della gravità, con una particolare attenzione all'individuazione dell'intervento ritenuto più efficace sia per la salute della persona sia per la riduzione della spesa. Questo modello, anche alla luce delle limitate risorse in ambito sanitario, viene spesso adottato nel settore pubblico per gli interventi psicologici poiché considerato il più efficiente ed efficace (Bower, Gilbody, 2005).

3. Principali esperienze italiane del PCP

Le esperienze italiane del PCP riguardano spesso sperimentazioni e progetti a tempo determinato su scala regionale. Non tutte le esperienze hanno previsto accanto alla sperimentazione la valutazione degli interventi con progetti di ricerca strutturati, rendendo così rilevabili accanto alla descrizione degli interventi anche dati di ricerca. Si riporta di seguito una rapida panoramica delle esperienze del PCP in Italia sulle quali è presente una maggiore documentazione. In Piemonte (ARESS, Regione Piemonte, 2013), con un modello congiunto di collaborative care - stepped care, sono state svolte varie sperimentazioni, che hanno coinvolto più Aziende Sanitarie. Le sperimentazioni hanno previsto tipi diversi di intervento con un'utenza selezionata con complessità medio-bassa, quali il counselling (individuale o familiare), interventi psico-educazionali e psicoterapia breve (individuale o familiare). In Toscana (Lussetti et al., 2012), sempre con un modello collaborative care stepped care, è stato svolto un breve progetto pilota tra il 2011-2012 in cui l'MMG si avvaleva di questionari brevi per fare un iniziale screening, per inviare quando opportuno al PCP, il quale attuava un intervento breve senza limite prefissato che i dati pubblicati indicano in media in 5 incontri. Un modello stepped care con differenti livelli di intensità assistenziali è stato attuato anche in Emilia Romagna (programma regionale "Giuseppe Leggieri") per pazienti con disturbi psichiatrici, con un approccio collaborativo tra MMG e differenti figure sanitarie specialistiche (Curcetti et al., 2014). Le sperimentazioni hanno portato nel 2010 a implementare sul territorio le Case della Salute. In Veneto (Santoro et al., 2016), in una sperimentazione che ha coinvolto due ASL nel biennio 2014-2015, I'MMG inviava al PCP, che poteva procedere con una consultazione di massimo 4 colloqui e/o con un invio a un secondo livello. Seguendo invece un modello generalista, è stata svolta nel Lazio una delle sperimentazioni con maggiore durata temporale (Solano, 2011), in cui il PCP affianca nello studio l'MMG. Il paziente può ricevere un aiuto nel contesto della visita con lo psicologo e il medico, avere una consultazione psicologica con colloqui individuali separati o essere inviato al secondo livello. Una simile sperimentazione con un modello generalista di breve durata è stata attuata nel 2012 anche in Puglia. Diversamente, svolgendo lo psicologo la sua attività al di fuori di servizi o studi, in Lombardia (Molinari, 2014) nel biennio 2009-2011 è stato sperimentato lo psicologo in farmacia. La collocazione era quindi nelle farmacie, in una stanza separata adibita ai colloqui, ed era il farmacista a prendere l'appuntamento con lo psicologo, che mediamente svolgeva gratuitamente 5 colloqui di valutazione/consultazione. Sempre una consulenza gratuita esterna ai servizi per la salute mentale è stata prevista nel Trentino nel progetto "A TU PER TU -Psicologo di Base" (Unterrichter, 2015). Tale progetto si differenzia per una forte focalizzazione sulla promozione della salute e sull'aumentare resilienza ed empowerment personali, avendo tra gli obiettivi l'offrire uno spazio professionale ai bisogni della vita quotidiana delle persone.

Da questa breve panoramica emerge come, ad eccezione dell'esperienza trentina dello Psicologo di Base come progetto di tipo territoriale e comunitario e dell'esperienza lombarda dello psicologo in farmacia, tutte le altre esperienze sono inserite all'interno del primo livello di cura del Sistema Sanitario, anche se in diverse formule di collaborazione. Accanto alle due esperienze associabili a un modello generalista, la prevalenza delle esperienze si basa su un modello fondato sull'invio e/o sul collegamento tra MMG e psicologo. Per quanto riguarda il percorso di cura del paziente, molti progetti hanno mutuato dall'esperienza estera il modello stepped care (presente anche nelle linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE), in cui è l'MMG a richiedere il primo colloquio allo psicologo, con possibili vari percorsi che prevedono una gamma di interventi strutturati sulla base di diversi livelli di gravità.

Come anticipato, non tutte le sperimentazioni italiane hanno previsto una valutazione degli esiti dell'intervento. Tra quelle in cui è stata svolta, sono stati utilizzati spesso strumenti e costrutti diversi per valutarne l'efficacia. Per fornirne un quadro generale, si riporta nella tabella 1 una panoramica dei principali costrutti valutati e degli strumenti utilizzati, considerando che solitamente ogni progetto si focalizza su alcuni di questi aspetti.

Sempre in linea generale, si rileva come gli studi effettuati riportino, per quanto riguarda le diagnosi più frequenti nell'utenza, una prevalenza di ansia e depressione di livello medio-basso. Dai pochi studi emerge una sostanziale efficacia degli interventi, con un miglioramento dei livelli di benessere e una diminuzione della sintomatologia. Per quanto riguarda le ricadute economiche, nel nostro paese è stata calcolata la significativa riduzione della spesa sanitaria tra il 33 e il 47% (Lazzari, 2019; Solano, 2020). Purtroppo, in vari studi la numerosità limitata del campione, spesso a causa della brevità dei progetti, non permette di fare generalizzazioni.

RICADUTE ECONOMICHE		 Riduzione della spesa farmaceutica Riduzione della spesa sanitaria dovuta a minori accessi "non urgenti" al pronto soccorso e minore richiesta di visite diagnostico-strumentali Riduzione di visite al medico di famiglia, accessi al pronto soccorso, visite specialistiche e assenze per malattia 	
EFFICACIA		Valutazione pre / post intervento	
	COSTRUTTI	PRINCIPALI STRUMENTI UTILIZZATI	
	BENESSERE PSICOLOGICO GENERALE	 Psychological General Well-Being Index (PGWBI; Dupuy, 1984) General Health Questionnaire (GHQ-12, Goldberg, Blackwell, 1970) WHO-5 Well-being Index (Bech, 2004) 	
	SINTOMATOLOGIA	 Patient Health Questionnaire (PHQ-9, Kroenke, Spitzer, 2002) - livello di depressione Generalized Anxiety Disorder (GAD-7, Spitzer et al., 2006) - sintomatologia ansiosa 	
	VALUTAZIONE CAMBIAMENTO	- Clinical Outcome for Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM; Palmieri et al., 2009)	
		 Questionari sulla soddisfazione dell'utente Informazioni qualitative agli MMG 	

Tabella 1. Panoramica generale dei costrutti e strumenti frequentemente utilizzati per valutare l'efficacia clinica e economica dei progetti di PCP attuati.

Sempre per i limiti temporali dei progetti, pochi sono i follow-up e, quando presenti, sono stati a breve termine (1 mese), non permettendo quindi di avere dati sulla stabilità dei cambiamenti registrati. Si nota come i costrutti indagati sono in linea con quelli valutati a livello internazionale (Brettle *et al.*, 2008).

4. L'esperienza umbra "PSICUP - Psicologia nelle Cure Primarie"

Il progetto sperimentale in Umbria si è svolto all'interno di due Case della Salute presenti sul territorio ed è stato finalizzato ad offrire un primo livello di servizi e cure psicologiche di qualità, accessibile, efficace e con percorsi di integrazione interdisciplinare e di raccordo con gli operatori dei Servizi Sociali del Comune e del Distretto, per un'utenza selezionata con complessità lievemoderata. In particolare, la sperimentazione

umbra "PSICUP - Psicologia nelle Cure Primarie", svoltasi nel 2018/2019 e nata da un accordo tra Regione Umbria e Ordine degli Psicologi dell'Umbria, si è svolta all'interno di due Case della Salute afferenti alle Aziende USL Umbria 1 e 2. Sulla base di una convenzione stipulata tra l'Ordine degli Psicologi dell'Umbria e il Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione (FiSSUF) dell'Università degli Studi di Perugia, la partecipazione al progetto da parte delle autrici del presente contributo ha avuto i seguenti obiettivi: individuazione e/o costruzione di un pacchetto di strumenti per valutare l'efficacia degli interventi attuati e lo stato di benessere psicologico dell'utente attraverso una valutazione pre e post intervento; formazione specifica per i professionisti sulla metodologia adottata; elaborazione dei dati.

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'intervento, nella sperimentazione PSICUP è stato attuato un modello collaborativo *stepped care*. Dopo una fase preliminare in cui i PCP e gli MMG coinvolti nella sperimentazione hanno stabilito una collaborazione sugli obiettivi, sulle caratteristiche dell'intervento e sulle modalità di invio, le persone venivano inviate dall'MMG al PCP. Fissato l'appuntamento con il PCP, seguiva una fase di presa in carico/assessment della durata di 4 incontri. Successivamente, il PCP poteva stabilire diversi percorsi strutturati sulla base del differente livello di gravità e delle caratteristiche della

domanda di aiuto (figura 1). Nello specifico, la prima fase di quattro colloqui clinici (assessment psicologico) si poteva concludere oppure poteva proseguire con ulteriori quattro incontri (colloqui psicologici di supporto) o con otto colloqui clinici (psicoterapia breve), sulla base delle specifiche necessità cliniche dell'utente, oppure esitare nell'invio a un altro servizio, qualora la richiesta di aiuto non fosse idonea agli obiettivi dello PSICUP. Successivamente alla conclusione dell'intervento, la fase di follow-up è stata finalizzata a monitorare la stabilità dei cambiamenti registrati al termine del percorso.

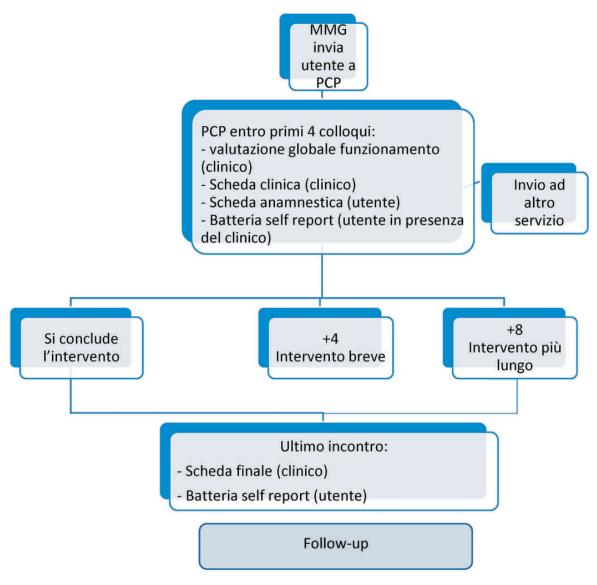


Figura 1. Schematizzazione dei possibili step previsti nella sperimentazione PSICUP.

Come riportato nella tabella, è stato messo a punto un pacchetto di strumenti per valutare l'efficacia degli interventi attuati e lo stato di benessere psicologico dell'utente attraverso una valutazione pre e post intervento. In particolare, l'assessment effettuato nei primi colloqui è stato pensato con una doppia finalità: accanto all'obiettivo di fornire informazioni per un confronto tra income e outcome, al fine di valutare l'efficacia dell'intervento, è stato ideato per coadiuvare il clinico nell'individuazione del percorso d'intervento più idoneo. L'utilizzo clinico delle valutazioni attuate nella fase iniziale è stato perseguito attraverso due modalità: (a) somministrazione all'utente di strumenti psicometrici validati in presenza del clinico con una modalità collaborative (Finn et al., 2012), in cui clinico e utente, quindi, lavorano insieme per sviluppare delle conoscenze utili e produttive, che possono essere trasformative di per sé; (b) compilazione da parte del clinico, sulla base dei colloqui effettuati, insieme a una scheda anamnestica, di una valutazione del funzionamento globale finalizzata anche a una maggiore sistematizzazione dei dati clinici emersi.

Per quanto riguarda la formazione specifica per i professionisti sulla metodologia adottata, i docenti coinvolti nella ricerca del Dipartimento FiSSUF dell'Università degli Studi di Perugia: (a) hanno svolto due eventi accreditati ECM, il Corso "La Psicologia nelle Cure Primarie. Il Progetto sperimentale e la Ricerca sulla valutazione della sua efficacia", tenutosi presso la sede dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria il 13 gennaio 2018, e il Convegno "La psicologia nelle Cure Primarie. I risultati del progetto PSICUP", tenutosi presso Palazzo Cesaroni a Perugia il 17 ottobre 2019; (b) hanno avuto incontri periodici prima, durante e dopo l'intervento PSICUP con i componenti dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria coinvolti nel progetto PSICUP e con gli psicologi coinvolti sul territorio. Inoltre, hanno partecipato al progetto quattro tirocinanti (due per ogni Casa della Salute) del corso Magistrale in Valutazione del Funzionamento Individuale in Psicologia Clinica e della Salute, che hanno coadiuvato i clinici nell'attuazione dell'intervento e che sono stati formati e seguiti dai docenti del Dipartimento FiSSUF.

Si rimanda agli altri contributi pubblicati in questo numero per una descrizione più dettagliata degli specifici strumenti utilizzati, nonché per i risultati emersi dall'elaborazione dei dati raccolti.

Nota

Si ringraziano per la collaborazione i tirocinanti del Corso Magistrale di Valutazione del funzionamento individuale in psicologia clinica e della salute, in ordine alfabetico: Lucia Cesoni, Angelica Guido, Andrea Murrone, Filippo Tarozzi Carozzi.

Bibliografia

Apostoleris N.H. (2000), Integrating psychological services into primary care in an underserved community: Examining the referral process for onsite mental health services, Northeast Regional Conference of the Society of Teachers of Family Medicine, Philadelphia.

ARESS, Regione Piemonte (2013), Indirizzi e raccomandazioni per l'implementazione dell'assistenza psicologica nelle cure primarie nella rete sanitaria territoriale del Piemonte.

Bech P. (2004), Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5, *QoL Newsletter*, 32, pp. 15-16.

Blount A. (2003), Integrated Primary Care: Organizing the Evidence, *Families, Systems, & Health*, 21, 2, pp. 121-133.

Bower P., Gilbody S. (2005), Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review, *The British Journal of Psychiatry*, vol. 186, n. 1, pp. 11-17.

Brettle A., Hill A., Jenkins P. (2008), Counselling in primary care: a systematic review of the evidence, *Counselling and Psychotherapy Research*, vol. 8, n. 4, pp. 207-214.

Curcetti C. (2008), Il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale: il

Programma Giuseppe Leggieri della Regione Emilia-Romagna, relazione presentata al Convegno nella XII Conferenza Nazionale HPH (Milano, 17 ottobre 2008).

Curcetti C., Morini M., Parisini L. (a cura di) (2014), Programma regionale "GIUSEPPE LEGGIERI". Integrazione tra cure primarie e salute mentale. Report 2014, Regione Emilia-Romagna, Bologna. Dupuy H.J. (1984), The Psychological general Well-Being (PGWB) Index, in N.K. Wenger, M.E. Mattson, C.D. Furberg, J. Elinson (a cura di), Assessment of Quality of Life in clinical trials of cardiovascular therapies, Le Jacq Publishing, New York, pp. 170-183

Finn S.E., Fischer C.T., Handler L. (2012), Collaborative/therapeutic assessment: Basic concepts, history, and research, pp. 1-24, in S.E. Finn, C.T. Fischer, L. Handler (a cura di), Collaborative/therapeutic assessment: A casebook and guide, John Wiley & Sons Inc.

Gatchel R.J. (2004), Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health Disorders: The Biopsychosocial Perspective, *American Psychologist*, 59, 8, pp. 795-805.

Goldberg D.P., Blackwell B. (1970), Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification, *British Medical Journal*, 1, pp. 439-443.

Kroenke K., Spitzer R.L. (2002), The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure, *Psychiatric Annals*, 32, 9, pp. 509-515.

Lazzari D. (2019), La psiche tra salute e malattia. Evidenze ed epidemiologia, Edizioni Edra, Milano.

Liuzzi M. (2016), La psicologia nelle cure primarie. Clinica, modelli di intervento e buone pratiche, il Mulino, Bologna.

Lussetti M., De Lilla R., Madrucci M., Taranto L., Paradisi G., Scotto R., Cardamone G. (2012), Il trattamento dei Disturbi Mentali Comuni (DMC): una nuova rivoluzione?, *Nuova rassegna di studi psichiatrici*, vol. 6.

Molinari E., Pagnini F., Castelnuovo G., Lozza E., Bosio A.C. (2014), Nuove frontiere per la psicologia

clinica: lo psicologo in farmacia, *Giornale italiano di psicologia*, 1, pp. 191-204.

Palmieri G., Evans C., Hansen V., Brancaleoni G., Ferrari S., Porcelli P., Reitano F., Rigatelli M. (2009), Validation of the Italian version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM), *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 5, pp. 444-449.

Santoro P., Canale N., Laugelli E., Michieletto N., Vieno A., Simonelli A., Santinello M. (2016), Lo psicologo di base: primi risultati della sperimentazione in Veneto, *Psicologia della Salute*, 3, pp. 103-115.

Solano L. (a cura di) (2011), Dal sintomo alla persona. Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base, FrancoAngeli, Milano.

Solano L., Magnani M., Di Trani M., Ferri R., Di Monte C., Renzi A. (2020), L'esperienza di collaborazione tra psicologi della salute e medici di medicina generale (MMG) della Scuola di Psicologia della Salute di Roma, *Psicologia della Salute*, 1/2020, pp. 79-91.

Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Lowe B. (2006), A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. The GAD-7, *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, 10, pp. 1092-97.

Unterrichter R.E. (2015), Lo psicologo per i cittadini. Teoria ed esperienze nel servizio di base, Carocci Editore, Roma.

IL PROGETTO "PSICUP - PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE" I DATI DELLA RICERCA

Livia Buratta, Chiara Pazzagli, Claudia Mazzeschi

Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione dell'Università degli Studi di Perugia

Introduzione

I Progetto "PSICUP - Psicologia nelle Cure Primarie", per la cui realizzazione la D.G.R. n. 135 del 20/02/2017 della Regione Umbria ha dato mandato alle Unità Sanitarie Locali Umbre (USL Umbria 1 e USL Umbria 2) di disporre l'attivazione di un «primo livello di servizi e cure psicologiche di qualità, accessibile, efficace e con percorsi di integrazione interdisciplinare e di raccordo con i MMG e con gli operatori socio-sanitari del Distretto», aveva come obiettivo quello di istituire un servizio di psicologia delle cure primarie denominato "Servizio PSICUP" e di sperimentarne un modello d'intervento che, rispondendo ai bisogni psicologici della popolazione, mirasse alla promozione della salute.

La sperimentazione del Servizio PSICUP ha previsto una verifica dell'efficacia degli interventi attuati, sostenuta dalla collaborazione tra l'Ordine degli Psicologi dell'Umbria e il Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione dell'Università degli Studi di Perugia.

Il progetto sperimentale, della durata complessiva di 12 mesi (giugno 2018 - giugno 2019), è stato attuato presso il Distretto Media Valle del Tevere -Casa della Salute/AFT di Marsciano per l'Azienda USL Umbria 1 e presso il Distretto di Foligno - Casa della Salute di Trevi per l'Azienda USL Umbria 2.

Il modello proposto dal Servizio PSICUP, articolato in 4 fasi, prevedeva una valutazione pre / post intervento e di follow-up attraverso una raccolta delle informazioni e dei dati utili alla verifica dell'efficacia dell'intervento stesso. In tabella 1 sono riportate e descritte le fasi della sperimentazione e la collocazione specifica delle azioni implementate e finalizzate alla valutazione degli esiti.

Gli obiettivi di questo specifico studio sono: 1) descrivere le caratteristiche di funzionamento psicologico dei pazienti inviati dai Medici di Medicina Generale (MMG), 2) valutare l'efficacia degli interventi attuati e, infine, 3) esplorare la bontà degli interventi e l'eventuale differenza degli esiti in base all'intervento proposto sulla base dell'indicazione fatta dal clinico.

1. La ricerca

Per questo studio le fasi di valutazione (fase 1, fase 3) sono state svolte proponendo un assessment di tipo quantitativo, attraverso l'utilizzo di strumenti psicometrici validi e attendibili. Non è stato possibile attuare la fase 4 dal momento che, alla conclusione del progetto, non è stata raggiunta una numerosità di follow-up congrua a una verifica.

L'assessment proposto aveva una doppia valenza, permettendo una valutazione:

- psicodiagnostica di alcune dimensioni del funzionamento degli utenti che accedevano al Servizio;
- -dell'efficacia dell'intervento attraverso una valutazione pre/post intervento.

È stato adottato un assessment di tipo *multi-method* e *multi-informant* di dimensioni diverse del funzionamento (sintomatologia di Livello 1 e di

FASI	DESCRIZIONE	DURATA	STRUMENTI UTILIZZATI
FASE 1 ASSESSMENT IN ENTRATA	 Definizione della domanda Valutazione psicodiagnostica Appropriatezza dell'invio Pianificazione dell'intervento 	4 incontri	 Colloquio clinico Compilazione Scheda Anagrafica + questionari Self-Report (utenti) Compilazione Cartella Clinica + Scala della Valutazione Globale del Funzionamento (clinico)
FASE 2	Intervento breve	4 incontri	Colloquio clinico
INTERVENTO	Intervento più lungo	8 incontri	Psicoterapia breve
FASE 3 ASSESSMENT IN USCITA	Valutazione di fine intervento	1 incontro	 Colloquio clinico Compilazione questionari Self-Report (utenti) Compilazione Cartella Clinica + Scala della Valutazione Globale del Funzionamento (clinico)
FASE 4 ASSESSMENT IN FOLLOW-UP	Valutazione follow up	1 incontro	Colloquio clinico Compilazione questionari Self- Report (utenti)

Tabella 1. Fasi della sperimentazione.

Livello 2, benessere generale e psicologico, funzionamento psicosociale), in cui entrambe le valutazioni (diagnostica e di efficacia) - condotte su un livello "di superficie" - hanno previsto la compilazione di questionari self-informant report, pre e post intervento sia da parte del clinico (clinician report), sia degli utenti. L'utilizzo di più strumenti di raccolta dati (colloquio e questionari) durante la fase 1 della sperimentazione ha permesso l'esplorazione di diverse aree di funzionamento psicologico, integrando informazioni provenienti da diversi strumenti e da diverse fonti, utili al clinico per una delineazione del caso quanto più ricca e attendibile e una pianificazione dell'intervento costruito intorno ai bisogni emersi. La compilazione dei questionari da parte dell'utente, in presenza del clinico con una modalità collaborative (Finn et al., 2012), aveva la finalità di sviluppare delle conoscenze utili, produttive e trasformative, tali da far sì che l'intervento potesse concludersi già alla fine di questa prima fase, oppure laddove necessario, proseguire con un

"intervento breve" della durata massima di 4 incontri o con un "intervento più lungo" della durata massima di 8 incontri (fase 2).

2. Strumenti

Sia prima che alla conclusione dell'intervento proposto, sia i clinici sia tutti gli utenti hanno compilato una serie di schede di raccolta informazioni e una serie di questionari self-informant report per una valutazione delle aree di funzionamento degli utenti presi in carico. Tutti gli strumenti standardizzati scelti per l'assessment vengono utilizzati in larga scala sia in ambito nazionale che internazionale per una valutazione quantitativa dell'efficacia degli interventi.

Clinici

In entrata i clinici hanno compilato:

- una scheda anamnestica costruita ad hoc per raccogliere informazioni riferite a:
 - storia clinica dell'utente (precedenti richieste d'aiuto, precedenti esperienze terapeutiche,

- precedenti o attuali cure psicofarmacologiche);
- motivazione della richiesta d'aiuto riferita dall'utente;
- diagnosi da ICD10 o DSM5
- informazioni utili alla valutazione dell'intervento: appropriatezza o inappropriatezza dell'invio; invio ad altro servizio specialistico, intervento clinico proposto.
- la Scala di Valutazione del Funzionamento Globale (VGF, American Psychiatry Association, 2001) che valuta il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo dell'individuo. Considera tale funzionamento nell'ambito di un continuum "salute-disturbo mentale". La scala è divisa in dieci ambiti di funzionamento costituiti da due componenti: la prima parte riguarda la gravità del sintomo e la seconda il funzionamento. Il clinico deve scegliere su una scala da 0 a 100 quel valore che meglio riflette il livello di funzionamento globale dell'individuo, dove a un punteggio più elevato corrisponde un miglior funzionamento. In questo specifico studio, un punteggio > di 60 indica la presenza di sintomi lievi; la presenza di lievi difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico costituiva un indice di appropriatezza dell'invio.
- In uscita i clinici hanno compilato:
- un secondo *Format di raccolta dati* costruito ad hoc per raccogliere informazioni riguardanti:
 - il trattamento svolto (tipologia e durata);
 - l'attuale utilizzo di psicofarmaci da parte dell'utente.
 - la *Scala di Valutazione del Funzionamento Globale* (VGF, American Psychiatry Association, 2001).

Utenti

Tutti gli utenti durante i primi incontri di assessment hanno compilato:

- il *consenso informato* alla partecipazione alla sperimentazione;
- una *scheda anagrafica* per la raccolta di informazioni socio-demografiche;
- un set di *questionari self-report* così composto:

- Clinical Outcome in Routine Evaluation (CORE-OM, Palmieri et al., 2009): 34 item che valutano su scala Likert a 5 punti, da 0 (per nulla) a 4 (molto spesso o sempre) i livelli di benessere percepito, sintomatologia, funzionamento e rischio auto ed etero lesivo. Per una corretta interpretazione dei risultati, i punteggi grezzi di ogni scala vengono trasformati in punteggi clinici. Per ciascun dominio i punteggi indicano la presenza di problematiche valutate come lieve da 10 a 14, moderata da 15 a 19, moderatamente grave da 20 a 24 e severa per punteggi maggiori o uguali a 24;
- Scala di valutazione dei sintomi trasversali (DSM-5, American Psychiatry Association, 2013): 23 item che valutano su scala Likert da 0 (assente) a 4 (grave) la presenza di 13 domini di sintomi, con lo scopo di aiutare il clinico nell'identificazione di quelle aree maggiormente problematiche (che presentino un punteggio ≥ 2), sulle quali approfondire l'indagine;
- Scala della Depressione del Centro per gli studi Epidemiologici (CES-D, Radloff, 1977): 20 item che valutano su scala Likert a 4 punti (0 = raramente o mai; 3 = la maggior parte dei giorni) la presenza e il livello di gravità della sintomatologia depressiva. Il punteggio finale va da 0 a 60, un punteggio ≥ 16 evidenzia la presenza di una sintomatologia depressiva di interesse clinico, mentre un punteggio ≥ 21 evidenzia la presenza di gravi sintomi depressivi;
- General Anxiety Disorder 7-item (GAD-7, Spitzer et al., 2006): 7 item che valutano, utilizzando una scala Likert a 4 punti, da 0 (mai) a 3 (quasi ogni giorno), i livelli di sintomatologia ansiosa percepita. Il punteggio può andare da 0 a 21, dove punteggi da 0 a 4 indicano una presenza nulla di sintomi ansiosi, punteggi da 5 a 9 una lieve presenza di sintomi ansiosi, punteggi da 10 a 14 una moderata presenza e, infine, punteggi da 15 a 21 indicano una grave presenza di sintomi ansiosi;

■ Psychological General Wellbeing Index (PGWBI, Dupuy, 1984): 22 item che misurano utilizzando una scala a 6 punti (0-5) la percezione del soggetto del suo stato di benessere o di disagio legato alla sfera emozionale e affettiva. I 22 item vanno a comporre 6 sottoscale: ansia, depressione, benessere, autocontrollo, salute generale, vitalità e una scala totale. La sua elevata affidabilità fa di questo strumento una delle migliori misure di outcome basate sulla soggettività dell'utente. Punteggi più bassi ad ogni sottoscala e alla scala totale sottolineano la presenza di distress. La trasformazione delle medie ricavate dalle analisi in punteggi percentili permette di comprendere il livello di benessere o di stress che il soggetto riferisce: <25° percentile = presenza di distress severo; 25°-49° percentile = presenza di distress moderato; 50°-75° percentile = assenza di distress; >75° percentile = benessere positivo.

In uscita tutti gli utenti hanno compilato:

- il set di *questionari self-report* sopra descritto;
- un *questionario di gradimento* costruito ad hoc per misurare il livello di soddisfazione del servizio offerto.

3. Partecipanti

Al Servizio PSICUP venivano inviati dagli MMG tutti quei pazienti con sintomatologia lieve o moderata, conclamata o sospetta, per una valutazione e una eventuale presa in carico. I criteri di appropriatezza dell'invio al Servizio PSICUP erano: assenza di psicopatologia clinicamente evidente; episodi circoscritti al disagio emotivo reattivi a eventi di vita; un esordio recente (3-6 mesi); un adeguato funzionamento psicosociale; problematiche legate al ciclo di vita e ai problemi di adattamento. Tutte quelle persone con problematiche psicologiche che non richiedessero trattamenti a medio/lungo termine e ad elevata complessità sanitaria.

I criteri di inclusione per lo studio qui presentato

sono stati: 1) consenso alla partecipazione alla ricerca, 2) appropriatezza dell'invio, 3) compilazione completa di tutti gli strumenti di assessment in entrata e in uscita.

Gruppo degli utenti

Il gruppo degli utenti di questo studio è composto da 51 soggetti, di cui il 19,6% maschi e l'80,4% femmine, con un'età media di 41,31 anni (Sd 13,83; Min 17 Max 68). Il gruppo presenta un punteggio medio alla VGF compilata dal clinico > 60 (Mn = 64,74; Sd = 10,98) a indicare la presenza di una sintomatologia tra lieve e moderata con una ricaduta lieve sul funzionamento sociale e lavorativo.

In tabella 2 sono riportate le informazioni socioanagrafiche ed anamnestiche del gruppo partecipante alla ricerca.

Informazioni Socio Anagrafiche	%
Status sociale	
Celibe/Nubile	39
Convivente/Coniugato	48
Separato/Divorziato	12
Vedovo/a	1
Titolo di studio	
Licenza elementare/Scuola media inferiore	27.5
Scuola media superiore	53
Laurea/Post laurea	19.5
Occupazione	
Pensionato/Casalinga	19.59
Disoccupato/a	33.31
Operaio	13.8
Commerciante/Impiegato/Libero professionista	33.3
Informazioni Anamnestiche	
Precedenti richieste a servizi di aiuto psicologico	47.1
Assunzione di psicofarmaci prima dell'accesso	32.7
Diagnosi all'ingresso	
Ansia	25.6
Depressione	39.3
Stress, panico	9.7
Sintomi non clinicamente significativi	25.4

Tabella 2

4. Analisi statistiche

Sono state condotte statistiche descrittive in termini di medie/deviazioni standard e frequenze (%) per la descrizione delle caratteristiche demografiche e anamnestiche del gruppo clinico osservato e per la descrizione dei punteggi riportati ai questionari analizzati, così da poter delineare una descrizione del quadro di funzionamento della popolazione in esame.

Per evidenziare le differenze tra *income* e *outcome* dei punteggi riportati ai questionari presi in esame, così da poter valutare gli esiti dell'intervento, sono state condotte Analisi Generalizzate a Misure Ripetute. Per la verifica dell'eventuale differenza degli esiti in base all'intervento attuato è stato covariato il numero di incontri a cui ogni utente aveva preso parte durante l'intervento proposto, così da controllarne l'eventuale influenza sul cambiamento delle variabili dipendenti (sintomatologia, benessere e funzionamento generale) tra pre e post intervento. È stato considerato statisticamente significativo un cambiamento con un *p value* < .05.

Le analisi dei dati sono state effettuate utilizzando il pacchetto statistico *Statistical Package for Social Science* versione 18 (SPSS-18).

5. Risultati

La tabella 3 mostra i punteggi riportati ai questionari compilati in entrata e in uscita dai soggetti partecipanti alla sperimentazione, nonché le analisi a misure ripetute per evidenziare un'eventuale differenza tra *income* e *outcome*.

Caratteristiche dell'utenza in entrata

Come evidenziato dalle medie dei punteggi delle singole dimensioni valutate dal questionario CORE-OM, il gruppo degli utenti riporta una presenza di sintomi tra lieve e moderata (> 15) con una ricaduta moderatamente grave sulla percezione del benessere soggettivo (> 20), e una lieve presenza di problemi sul funzionamento generale e/o sociale, caratterizzato da sentimenti di solitudine e bassa autostima (> 10).

Il gruppo non presenta rischi auto o etero lesivi (<10).

Riguardo ai punteggi riportati alla Scala dei Sintomi Trasversali del DSM-5, il gruppo degli utenti, al momento dell'ingresso al Servizio PSICUP, riferisce la presenza di sintomi di Livello 1 tra lievi e moderati nelle dimensioni dell'Ansia e della Depressione (> 2), indicando la necessità di un approfondimento nella valutazione di queste due aree.

In riferimento ai punteggi riportati alle scale di approfondimento della sintomatologia, il gruppo mostra in media la presenza di una moderata sintomatologia ansiosa (GAD-7 > 5) e una sintomatologia depressiva di interesse clinico elevato (CES-D > 21).

Infine, rispetto ai punteggi riportati al PWBI, il gruppo riferisce un distress severo in tutte le dimensioni del benessere psicologico: tutte le scale riportano un punteggio medio che corrisponde a un percentile inferiore al 25°.

Caratteristiche dell'utenza in uscita e valutazione degli esiti dell'intervento

Alla conclusione dell'intervento, la percentuale di utilizzo di psicofarmaci da parte degli utenti diminuisce dal 32,7% iniziale al 30,9%. Alla scala VGF compilata dal clinico, il gruppo alla conclusione dell'intervento riporta un punteggio medio > di 70 (Mn = 75,36; Sd = 12,92), a indicare la presenza di sintomi che causano una lievissima, quasi nulla, alterazione del funzionamento sociale e lavorativo. Il Modello Generalizzato a Misure Ripetute evidenzia un miglioramento significativo del funzionamento generale psicologico (F = 5,75; p<.05).

In riferimento alle scale compilate dagli utenti (tabella 3) il Modello Generalizzato a Misure Ripetute evidenzia un significativo miglioramento sia rispetto alla sintomatologia manifestata, sia rispetto al benessere psicologico percepito. In particolare, tutte le scale del CORE-OM (tranne la scala del "Rischio" che rimane al di sotto del range clinico), diminuiscono significativamente (p < .05) con punteggi clinici inferiori a 15, a indicare una

presenza di sintomi lievi con una ricaduta pressoché nulla sul funzionamento. Tutte le dimensioni indagate dalla Scala dei Sintomi Trasversali del DSM-5 scendono al di sotto dell'interesse clinico (< 2); in particolare, le scale che misurano i sintomi depressivi, i sintomi ansiosi e i sintomi legati a pensieri ossessivi diminuiscono significativamente rispetto al pre intervento (p < .05). Riguardo all'approfondimento della valutazione della sintomatologia ansiosa e depressiva, tutti i punteggi diminuiscono significativamente, alla GAD-7 con punteggi rientranti all'interno del *cut-off* lieve (< 9), mentre alla CES-D con punteggi inferiori al range clinico (< 16). Infine, il punteggio medio

	Pre Intervento Mn±Sd	Post Intervento Mn±Sd	Pre vs Post F	Tempo* N colloqui F
CORE-OM				
Benessere	23.31 ± 9.77	13.76 ± 9.11	14.32***	.281
Sintomi	19.05 ± 7.66	11.02 ± 9.06	10.19**	.004
Funzionamento	14.33 ± 6.16	10,31 ± 5.56	4.55*	.046
Rischio	2.51 ± 4.50	1.71 ± 4.93	.748	.025
Scala Sintomi Trasversali DSM-5				
Depressione	2.19 ± 1.15	1.43 ± 1.27	4.56*	.007
Rabbia	1.76 ± 1.20	1.18 ± 1.15	4.69*	.164
Mania	1.33 ± 1.32	1.27 ± 1.34	.620	.539
Ansia	2.59 ± 1.08	1.84 ± 1.35	8.55**	1.16
Sintomi Somatici	1.84 ± 1.42	1.35 ± 1.45	3.37	.744
Ideazione Suicidaria	0.04 ± 0.28	0.08 ± 0.56	.780	.584
Psicosi	0.27 ± 0.92	0.22 ± 0.76	.338	1.03
Disturbi del sonno	1.59 ± 1.43	1.16 ± 1.42	3.25	1.02
Memoria	0.63 ± 1.11	0.41 ± 1.04	.984	.253
Pensieri ossessivi	1.25 ± 1.32	0.86 ± 1.24	6.47**	2.83
Dissociazione	0.74 ± 1,09	0.31 ± 0.88	3.55	.175
Funzionamento di personalità	1.61 ± 1.40	1.06 ± 1.25	2.62	.073
Uso di Sostanze	0.98 ± 1.45	1.12 ± 1.72	.411	.104
GAD-7	9.21 ± 4.56	6.18 ± 5.48	5.10*	.017
CES-D	23.67 ± 11.63	15.12 ± 13.18	14.25***	1.89
PWBI-TOT	61.69 ± 17.09	76.61 ± 19.42	6.05*	.196
Ansia	13.71 ± 5.22	17.06 ± 5.17	2.88	.444
Depressione	10.27 ± 2.47	12.25 ± 2.65	10.90**	.147
Positività	8.19 ± 3.87	11.33 ± 4.50	4.02*	.180
Autocontrollo	9.94 ± 3.19	11.61 ± 3.00	4.73*	.391
Salute generale	9.37 ± 3.44	11.55 ± 2.93	5.53*	.151
Vitalità	10.39 ± 3.86	12.80 ± 4.11	1.88	.821

Tabella 3. Analisi Generalizzate a Misure Ripetute.

totale del PWBI aumenta significativamente avvicinandosi al 50° percentile ad indicare una percezione da parte degli utenti della diminuzione del distress percepito rispetto alla *baseline*.

L'intervento

Riguardo alla tipologia di intervento svolto, il 28,8% degli utenti ha partecipato alla fase di assessment (4 incontri iniziali), alla conclusione della quale il clinico ha ritenuto opportuno concludere il percorso data la remissione della sintomatologia. Il 32,7% ha partecipato all'intervento breve della durata di 4 incontri (4 incontri iniziali + 4), mentre il 38,5% ha partecipato al trattamento più lungo della durata di 8 incontri (4 incontri iniziali + 8). Il gruppo in media ha partecipato a 9,29 incontri (Sd 5,35). L'analisi covariata (tabella 3) evidenzia che i cambiamenti significativi di tutti i punteggi medi riportati alle scale di valutazione analizzate non variano al variare della numerosità degli incontri ai quali gli utenti hanno partecipato.

6. Discussione

La ricerca qui presentata evidenzia l'efficacia degli interventi proposti dal Servizio PSICUP per le problematiche psicologiche di complessità lieve e moderata, in linea con quello che è l'obiettivo degli interventi di Primo Livello e della figura dello Psicologo di Cure Primarie, ossia promuovere benessere psicologico negli utenti della medicina di base, ponendosi maggiormente vicino alla realtà di vita delle persone che ne fanno richiesta, delle loro famiglie e della comunità in generale. In riferimento al primo obiettivo, oltre il 65% delle persone che hanno fatto accesso al Servizio PSICUP presentano una diagnosi di Ansia o Depressione, in accordo con i criteri del DSM-5 (American Psychiatry Association, 2013) o dell'ICD-10 (World Health Organization, 1992) e una concomitante presenza di sintomi ansiosi e depressivi di interesse clinico tra moderato e severo, come riferito dagli utenti stessi nella compilazione dei questionari, con una ricaduta sul benessere psicologico e una lieve compromissione del funzionamento psicosociale. Dalle scale di valutazione dei sintomi e del funzionamento utilizzate in fase assessment, non sono stati riportati punteggi di interesse clinico severo in quelle scale che delineano la presenza di problematiche psicopatologiche che richiedono la necessità di un intervento di altri servizi sanitari di Secondo Livello.

Risultati questi in linea con i dati riportati da precedenti studi italiani, che evidenziano come la percentuale più elevata di pazienti con disturbi di tipo psicopatologico che si rivolgono all'MMG presentino in particolare sintomi ansiosi e depressivi (Curcetti, 2008). Dati simili emergono anche in studi internazionali che sottolineano come la maggior parte delle persone inviate dagli MMG o che hanno richiesto in prima persona aiuto a servizi psicologici delle cure primarie, riferiscano disturbi di ansia, disturbi dell'umore o difficoltà nelle relazioni (Derksen, 2009).

Per quanto riguarda il secondo obiettivo, ossia verificare gli esiti degli interventi attraverso un confronto tra income e outcome, i dati mostrano in uscita una riduzione significativa della sintomatologia riferita dagli utenti rispetto al momento dell'accesso, tutti i punteggi infatti scendono al di sotto dei range clinici di riferimento con un contestuale miglioramento del benessere psicologico percepito e del funzionamento generale. Più nel dettaglio, gli utenti riferiscono minore presenza di sintomi depressivi e ansiosi, una maggiore presenza di episodi di felicità, allegria e interesse per le cose, una migliore padronanza e sicurezza nella gestione delle proprie emozioni e dei propri pensieri e una minore presenza di disturbi fisiologici.

Infine, per la verifica della bontà degli interventi sulla base dell'indicazione fatta dal clinico alla conclusione della fase di *collaborative assessment* in entrata, l'analisi covariata non ha evidenziato differenze negli esiti dovute alla quantità del numero di colloqui a cui gli utenti hanno partecipato. La valutazione di tipo *multi-method* delle diverse dimensioni del funzionamento individua-

le, risulta quindi aver permesso una raccolta di informazioni attendibili e utili alla pianificazione di un intervento adeguato rispetto ai bisogni del singolo utente.

Per una conferma dei risultati di questo primo studio, oltre alla replica della sperimentazione per un ampliamento del campione, sarà utile l'implementazione della fase 4, che prevede una valutazione in follow-up per la verifica di una stabilità nella riduzione del disagio psicologico delle persone che hanno fatto accesso al Servizio e dell'incremento della salute e del benessere percepito.

Bibliografia

American Psychiatry Association (2001), DSM IV-TR. Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali, Masson, Milano.

American Psychiatry Association (2013), *DSM-5*Self-Related Level 1 Cross-Cutting Symptom
Measure - Adult, edizione italiana a cura di Andrea
Fossati, Serena Borroni e Franco Del Corno (2015),
Scale di valutazione Adulti. DSM-5, Raffaello
Cortina Editore, Milano.

Curcetti C. (2008), Il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale: il programma Giuseppe Leggieri della Regione Emilia-Romagna, Convegno nella XII Conferenza Nazionale HPH (Ospedali per la Promozione della Salute), ottobre 2008, Milano.

Derksen J. (2009), Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience, *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 5, pp. 493-501.

Dupuy H.J. (1984), The Psychological general Well-Being (PGWB) Index, in N.K. Wenger, M.E. Mattson, C.D. Furberg, J. Elinson (a cura di), Assessment of Quality of Life in clinical trials of cardiovascular therapies, Le Jacq Publishing, New York, pp. 170-183.

Finn S.E., Fischer C.T., Handler L. (2012), Collaborative/therapeutic assessment: Basic concepts, history, and research, in S.E. Finn, C.T. Fischer, L.

Handler (a cura di), *Collaborative/therapeutic* assessment: A casebook and guide, John Wiley & Sons Inc., pp. 1-24.

Palmieri G., Evans C., Hansen V., Brancaleoni G., Ferrari S., Porcelli P., Reitano F., Rigatelli M. (2009), Validation of the Italian version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM), *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 5, pp. 444-449.

Radloff L.S. (1977), The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurement*, vol. 1, n. 3, pp. 385-401.

Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Lowe B. (2006), A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7, *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, 10, pp. 1092-97.

SPSS Inc. (2009), *PASW Statistics for Windows*, SPSS Inc., Chicago, Released Version 18.0.

World Health Organization (1992), *The ICD-10* classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, World Health Organization, Geneva.

PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE: IL PUNTO DI VISTA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Barbara Bertocci

Psicologa-Psicoterapeuta del Progetto "PSICUP - Psicologia nelle Cure Primarie", USL Umbria 2

Maddalena Bazzoli

Psicologa-Psicoterapeuta del Progetto "PSICUP - Psicologia nelle Cure Primarie", USL Umbria 1

Introduzione

a relazione medico-paziente è uno strumento essenziale e centrale in ogni intervento clinico e qualifica la qualità delle cure.

Osservando la persona nella sua totalità, considerando l'individuo in un'ottica comprendente la dimensione biologica, psicologica e sociale, superando la dicotomia che separa la salute dalla malattia, la cura si connota come un'azione sempre più centrata sui bisogni del paziente.

Il medico, integrando i suoi saperi scientifici e sociali, ha a che fare con il paziente, con il suo corpo, con la sua mente, con i suoi vissuti e con il suo ambiente. Egli ha il senso della situazione, tiene presente il corso della vita e ha la possibilità, nel suo ambulatorio, di individuare e riconoscere i bisogni di salute del paziente: fisici, psicologici e sociali (Jasper, 1991).

È noto, in letteratura, come la maggior parte delle persone per problematiche di salute si rivolge al proprio Medico di Medicina Generale (MMG) e che almeno il 50% delle richieste è frutto di un disagio psicologico-relazionale (World Health Organization Europe, 2005; Prince *et al.*, 2007).

Lo studio condotto da Bea e Tesar (2002) ha dimostrato che più della metà dei disturbi mentali comuni sono trattati esclusivamente nell'ambito dei servizi delle cure primarie e molti disturbi psichiatrici vengono comunemente diagnosticati e trattati nel settore delle cure primarie senza il ricorso a uno specialista (Miranda *et al.*, 1994).

La prima ricerca epidemiologica nazionale sulla

depressione nelle cure primarie afferma che la prevalenza del disturbo depressivo (secondo la classificazione dell'ICD-10) riscontrata negli studi di MMG è dell'8,4%. Nello stesso studio emerge che il 41% dei pazienti che chiedevano una consultazione all'MMG dichiaravano problemi di natura psicologica o problemi famigliari. La depressione, inoltre, ha portato una frequenza elevata di visite negli studi degli MMG: il 27,7% contro il 12,8% dei pazienti non depressi.

Un altro studio italiano ha evidenziato che il 24% dei pazienti che giungono nello studio del medico di famiglia presentano un disturbo psichiatrico, tra questi il 10,4% soffre di depressione, il 7,9% di disturbi d'ansia, e solo una quota minoritaria (2%) si rivolge direttamente ai servizi psichiatrici.

Questo comporta che la maggior parte delle cure di salute mentale che i pazienti ricevono nelle cure primarie è opera quasi esclusiva degli MMG, con totale assenza di terapie psicologiche di primo livello. Questo perché i servizi psicologici in Italia sono scarsamente diffusi, spesso sottodimensionati e del tutto assenti nei setting di cure primarie. Da queste premesse è nato il progetto "PSICUP -Psicologia nelle Cure Primarie" allo scopo di creare nel nostro territorio un'equipe integrata medico psicologo in grado di rispondere tempestivamente ed efficacemente alle richieste e ai bisogni emergenti dei cittadini. Un servizio in grado di abbracciare il "modello di salute", dove l'intervento psicologico è una risorsa prevista per tutti (Solano et al., 2009; Negri et al., 2019).

Questo studio intende valutare l'efficacia del Servizio presentando un'analisi riferita alla percezione del gradimento e di soddisfazione dei Medici di Medicina Generale rispetto alla collaborazione con la figura sperimentale dello Psicologo nelle Cure Primarie.

Obiettivi nel lavoro congiunto medico - psicologo

- ✓ Esplorare il significato di qualunque richiesta, in qualunque modo espressa, nel contesto della situazione relazionale presente e passata del paziente e nel contesto del suo ciclo di vita.
- ✓ Garantire un accesso diretto a uno Psicologo per tutta la popolazione assistita dall'MMG.
- ✓ Favorire un interscambio tra Medicina e Psicologia, integrando le reciproche competenze.
- ✓ Facilitare lo sviluppo di interventi di prevenzione, diagnosi, riabilitazione e sostegno psicologico.
- ✓ Migliorare la comunicazione, l'autostima, la qualità di vita per la crescita personale dell'individuo.
- ✓ Intervenire in una fase iniziale del disagio psicologico in cui non sono ancora strutturate malattie gravi e croniche.
- ✓ Supportare psicologicamente coloro che sono affetti da patologie croniche.
- ✓ Sviluppare interventi psicoeducativi che possano ad esempio migliorare la compliance del paziente e promuovere la salute.

Obiettivi

In questo articolo cerchiamo di esplorare e mettere in evidenza il punto di vista dei Medici di Medicina Generale che hanno partecipato al progetto "PSICUP - Psicologia nelle Cure Primarie" in Umbria. I medici coinvolti nella sperimentazione hanno potuto così restituirci un'immagine sull'organizzazione del servizio e sulle competenze e professionalità della figura dello Psicologo nelle Cure Primarie.

L'indice di gradimento riportato dai medici rappresenta un ulteriore verifica di efficacia rispetto alla sperimentazione condotta.

Metodologia e campione

Per valutare la soddisfazione dei Medici di Medicina Generale e conoscere la loro opinione sul Servizio PSICUP è stato elaborato un questionario ad hoc con domande poste su scala Likert da 1 a 5 punti; il punteggio 1 esprime la massima insoddisfazione o non veridicità dell'affermazione e 5 identifica il più alto grado di soddisfazione o il maggior grado di accordo.

I questionari sono stati somministrati garantendo l'anonimato e inviati a 15 MMG della Casa della Salute di Marsciano e a 5 MMG della Casa della Salute di Trevi.

L'80% (16/20) degli MMG ha partecipato alla compilazione del questionario.

Si precisa che i questionari sono stati inviati a distanza di un anno dalla conclusione del progetto e in vista di questa pubblicazione.

Risultati

Il grafico 1 mette in risalto il grado di soddisfazione generale degli MMG rispetto al Servizio PSICUP. Dai dati si può osservare che il 25% (n. 4) dichiara di essere "Estremamente soddisfatto", il 69% (n. 11) di essere "Molto Soddisfatto" e il 6% (n. 1) di essere "Abbastanza soddisfatto". In quest'area non emergono criticità ma una buona e generale soddisfazione di tutti i medici coinvolti nella sperimentazione.

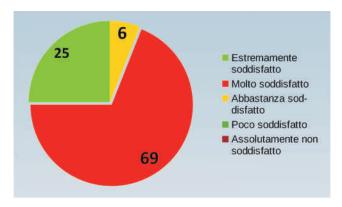


Grafico 1. Livello di soddisfazione generale rispetto allo PSICUP.

Il grafico 2 rappresenta il livello di soddisfazione rispetto all'organizzazione del Servizio e all'efficienza dello PSICUP in termini di competenza e professionalità.

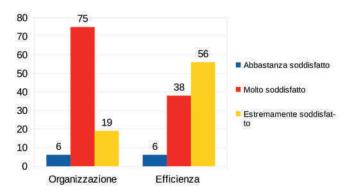


Grafico 2. Livello di soddisfazione rispetto all'organizzazione e all'efficienza.

Per quanto riguarda l'organizzazione del Servizio si può osservare che il 19% (n. 3) degli MMG dichiara di essere "Estremamente soddisfatto", il 75% (n. 12) "Molto soddisfatto" e l'6% (n. 1) "Abbastanza soddisfatto". Anche in questa dimensione prevale un buon grado di soddisfazione tra tutti gli MMG.

Per quanto riguarda il quesito circa il gradimento riferito all'efficienza del Servizio in termini di competenza e professionalità, i dati mettono in luce che il 56% (n. 9) degli MMG dichiara di essere "Estremamente soddisfatto", il 38% (n. 6) "Molto soddisfatto" e il 6% (n. 1) "Abbastanza soddisfatto). Questo dato è molto rilevante in quanto lo PSICUP è stato riconosciuto da tutti gli MMG (100%) come un servizio efficiente.

Il grafico 3 riporta le affermazioni e le relative percentuali di risposta inerenti ad alcune dimensioni esplorate: l'allineamento del Servizio PSICUP ai nuovi LEA, la qualità della collaborazione tra medico e psicologo, la soddisfazione dei pazienti percepita dagli MMG ed infine l'impatto del Servizio sul Sistema Sanitario.

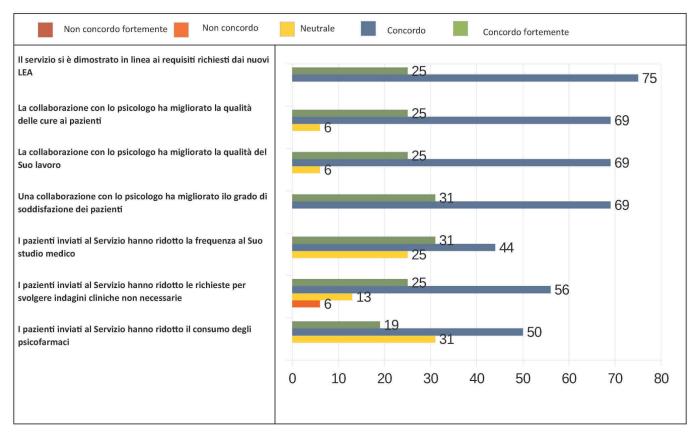


Grafico 3. Percentuali di risposta ad ogni item del questionario somministrato.

Valutando le risposte è interessante rilevare un generale accordo in tutte le dimensioni esplorate, in particolare: il 100% degli MMG concorda sul fatto che il Servizio PSICUP risponde adeguatamente ai requisiti richiesti dai nuovi LEA (Osservatorio sulla Salute psicologica Umbria, 2019; Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, 2017). Il 94% asserisce favorevolmente che la collaborazione tra Psicologo e MMG ha migliorato sia la qualità delle cure ai pazienti, sia la qualità del suo lavoro; il 6% si dichiara neutrale in entrambe le dimensioni indagate.

Il 100% degli MMG intervistati dichiara che la collaborazione con lo Psicologo ha migliorato il grado di soddisfazione di pazienti ed inoltre, il 75% degli MMG concorda che i pazienti inviati allo PSICUP hanno ridotto la frequenza agli studi medici. Rispetto a quest'ultima affermazione il 25% si dichiara neutrale.

L'81% degli MMG ha rilevato che i pazienti inviati al Servizio PSICUP hanno ridotto le richieste per indagini cliniche "non necessarie". Il 13% degli intervistati si dichiara neutrale e il 6% non concorda con questa affermazione.

Rispetto al consumo degli psicofarmaci, il 69% degli MMG sostiene che i pazienti inviati allo PSICUP ne hanno ridotto il consumo; il 31% si mantiene neutrale.

Nella figura 1 sottostante riportiamo un'analisi qualitativa dei dati emersi dal questionario nella sezione "eventuali ulteriori commenti, specificazioni e suggerimenti".

Dall'analisi degli scritti si possono evidenziare quattro dimensioni:

La figura dello *Psicologo* è percepita come funzionale alla collaborazione con l'MMG: un supporto che incide favorevolmente sui pazienti e sulle problematiche presentate.

L'ottimo scambio collaborativo, la professionalità e disponibilità dello psicologo, i continui contatti,

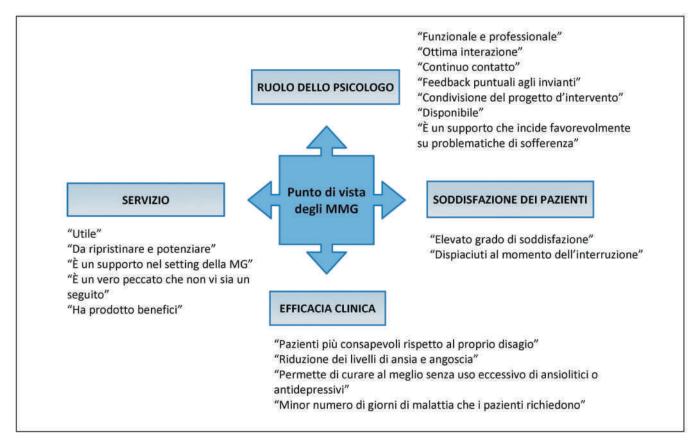


Figura 1. Analisi qualitativa del questionario.

la condivisione del progetto d'intervento sono state le caratteristiche più apprezzate dagli MMG. Per quanto riguarda la soddisfazione dei pazienti, il dato emerso coincide con quanto rilevato dal questionario: gli MMG riportano un elevato grado di soddisfazione da parte dei pazienti che sono stati inviati e presi in carico dal Servizio. Inoltre, l'essere dispiaciuti dall'interruzione del Servizio lo possiamo leggere sotto varie sfaccettature: l'aver sperimentato una buona alleanza terapeutica, l'efficacia del Servizio in termini competenza e professionalità e, inoltre, un rinnovato bisogno di continuità nelle cure.

Viene inoltre sottolineata l'efficacia clinica dell'intervento terapeutico con una duplice valenza: da un lato ha permesso una maggior consapevolezza da parte dei pazienti rispetto al proprio disagio e dall'altro una riduzione della sintomatologia presentata. Alcuni medici sottolineano quanto l'accesso all'intervento psicologico abbia ridotto l'uso di psicofarmaci e i giorni di assenza dal lavoro. Lo PSICUP si configura, quindi, come un Servizio utile, di supporto nel setting della Medicina di Base, da ripristinare e potenziare in quanto produce benefici (Falanga, Pillot, 2014).

Conclusioni

I risultati di questo studio mettono in luce elementi interessanti per la comprensione e l'accettazione del modello bio-psico-sociale nella realtà della Medicina Generale e come l'azione congiunta medico-psicologo permetta di realizzare un approccio olistico al disagio (Lazzari, 2001).

La Psicologia nelle Cure Primarie in Umbria si è confermata come una risorsa per occuparsi del benessere e della salute dei cittadini in linea con i principi di equità e accessibilità.

Bibliografia

Bea S.M., Tesar G.E. (2002), A primer on referring patients for psychoterapy, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, vol. 69, n. 2, pp. 113-127.

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (2017), Ruolo della psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza, Redatto dalla Task Force sui LEA istituita presso il CNOP-giugno 2017.

Falanga R., Pillot L. (2014), Un percorso sperimentale di integrazione tra mmg e psicologo, *M.D. Medicinae Doctor*, anno XXI, n. 5, pp. 20-22.

Jasper K. (1991), *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Lazzari D. (2011), Psicologia sanitaria e malattia cronica - Interventi Evidence-Based e Disease Management, Pacini Editore, Pisa.

Miranda J., Mohmann A.A., Attkisson C.C. (a cura di) (1994), *Mental disorders in primary care*, Jossey-Bass, San Francisco.

Negri A., Fumagalli E., Andreoli G., Carelli L., Zamin C., Paladino A. (2019), Realizzare il modello biopsicosociale nelle cure primarie. Medico e psicologo insieme? L'opinione dei medici di medicina generale, *Rivista Società Italiana di Medicina Generale*, n. 6, vol. 26, pp. 76-82.

Osservatorio sulla Salute Psicologica Umbria (2019), Gli umbri e lo psicologo, fruizioni e considerazioni. I dati della ricerca, *La mente che cura. Rivista dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria*, anno V, n. 6, pp. 10-14.

Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M.R., Rahman A. (2007), No health without mental health, *The Lancet*, vol. 370, n. 9590, pp. 859-877.

Solano L., Pirrotta E., Ingravalle V., Fayella P. (2009), The family physician and the psychologist in the office together: a response to fragmentation, Mental Health in Family Medicine, 6, 2, pp. 91-98. World Health Organization Europe (2005), Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.

PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE: LA SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI. ALCUNI SPUNTI DI RIFLESSIONE

Maddalena Bazzoli

Psicologa-Psicoterapeuta del Progetto "PSICUP - Psicologia nelle Cure Primarie", USL Umbria 1

Barbara Bertocci

Psicologa-Psicoterapeuta del Progetto "PSICUP - Psicologia nelle Cure Primarie", USL Umbria 2

a rilevazione della soddisfazione percepita rappresenta sicuramente un indicatore della qualità del Servizio, imprescindibile in un corretto percorso di ricerca valutativa e fondamentale per aumentare il grado di conoscenza su come fornire prestazioni sempre più appropriate, in risposta ai bisogni espliciti e impliciti di salute.

La cultura della qualità, presa come paradigma e punto di riferimento nella sperimentazione della Psicologia nelle Cure Primarie in Umbria, riveste un ruolo cruciale, permettendo al paziente di assumere una posizione sempre più centrale rispetto al proprio percorso di cura (Carozza, 2014; Starfield, 2011). Ciò significa che sostenere una scelta consapevole, favorire la condivisione di ogni fase del processo terapeutico, ascoltare e rispettare il punto di vista dei pazienti facilita l'adesione a percorsi di terapia e di prevenzione e ne migliora i risultati in riferimento agli obiettivi di benessere e salute (Malvi, 2011; Wong et al., 2018; Walker et al., 2015). Inoltre, concorre a migliorare l'immagine, la credibilità di una rete di servizi, contribuisce a orientare e ricalibrare l'offerta di salute e a delineare un miglior rapporto con la domanda di cura. Si crea così un circolo virtuoso dove il paziente diventa partecipe, co-prota-gonista della spirale incrementale della qualità delle cure e del Servizio che le eroga.

Tutto ciò ci pone in linea con quanto dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che

stabilisce quanto le persone abbiano il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1978).

Per questo riteniamo indispensabile la valutazione, da parte del paziente, della qualità del Servizio sperimentale PSICUP, perché questo possa connotarsi, in linea con i principi della Psicologia nelle Cure Primarie, come Servizio di cure psicologiche di primo livello, di qualità, accessibile, efficace, cost-effective, caratterizzato dunque anche da costi contenuti e contraddistinto da una rapida presa in carico del paziente.

Un ulteriore parametro che abbiamo voluto sottoporre a valutazione è la qualità percepita della relazione con lo psicoterapeuta, imprescindibile indice di efficacia delle cure erogate (Haskard et al., 2008). A tal proposito, è noto in letteratura che una buona comunicazione tra paziente e curante è associata a una maggiore aderenza al trattamento (Liuzzi, 2010), riduce il divario tra malattia percepita (illness) e malattia clinicamente diagnosticata (disease), migliora l'esito della terapia (Engel, 1977).

Scopo di questo lavoro è presentare i dati relativi alla soddisfazione dei pazienti afferenti al Servizio PSICUP - Psicologia nelle Cure Primarie.

Metodologia

Strumenti

Per rilevare il grado di soddisfazione degli utenti rispetto al Servizio erogato è stato somministrato il "Questionario di Soddisfazione dei Servizi che erogano psicoterapia in Toscana" (QSSPT) a tutti i pazienti che hanno effettuato almeno tre colloqui con lo Psicologo nelle Cure Primarie. Il questionario QSSPT è stato compilato dal paziente dopo l'ultimo contatto e per evitare un bias (distorsione della desiderabilità sociale) non è stato riconsegnato agli operatori, ma depositato in un contenitore specificatamente predisposto a questo scopo. Il QSSPT è uno strumento nuovo, sviluppato appositamente per misurare la soddisfazione dei pazienti che usufruiscono della psicoterapia nel SSN ed è costituito da 34 item posti su scala Likert da 1 a 5 punti; il punteggio 1 esprime il maggior grado d'accordo e 5 identifica il minor grado d'accordo rispetto alle affermazioni proposte. Le aree indagate riguardano la valutazione della soddisfazione rispetto all'accesso al servizio, alla struttura, ai tempi di attesa, al rapporto con lo psicoterapeuta, al costo e alla soddisfazione complessiva.

Il tempo medio di somministrazione è di circa 5-10 minuti.

Campione

Il 76% (55/72) degli utenti, che ha usufruito del Servizio PSICUP, ha partecipato alla compilazione del questionario.

Il campione è composto da 41 donne (74%) e 14 uomini (26) di età compresa tra i 17 e 72 anni (M=42, DS=13,8). Il tasso di occupazione raggiunge valori del 44% (n. 24) e risulta la categoria maggiormente rappresentata; il 27% (n. 15) risulta essere disoccupato, il 13% (n. 7) studente, il 9% (n. 5) casalinga e il 3,5% (n. 2) pensionato. Il 3,5% (n. 2) non fornisce risposta all'item.

Risultati

Il grafico 1 presenta le risposte alle affermazioni più significative rispetto alle aree valutate: l'accesso al Servizio, la struttura, i tempi di attesa e il costo.

Come si può osservare, emerge una generale e buona soddisfazione in tutti gli ambiti indagati e in particolare: il 93% risulta in accordo riguardo alla facilità di prenotare/spostare le sedute terapeutiche per telefono e il 95% di ottenere un appuntamento in un tempo ragionevole.

Il 65,5% ritiene che gli spazi messi a disposizione per il Servizio sono adeguati e che riescono a garantire la riservatezza (93%).

Per quanto riguarda i tempi d'attesa, il 100% degli intervistati dichiara di essere ricevuto in orario dalla psicoterapeuta e il 98% che il tempo prima di essere ricevuto dalla psicoterapeuta è accettabile. Infine, l'85% degli intervistati concorda nel ritenere che il servizio non è costoso e prevale (87%) un buon rapporto qualità/prezzo.

Le uniche criticità riscontrate riguardano la facilità d'accesso (2%), l'adeguatezza degli spazi a disposizione (21,5%), il costo del servizio (9,5%) e il rapporto tra qualità/costo (4%).

Rispetto a queste ultime due dimensioni, si precisa che solo il Servizio PSICUP della USL Umbria 1 prevedeva l'acceso tramite impegnativa dell'MMG inviante e il pagamento del pacchetto di prestazioni secondo la propria fascia reddituale; il Servizio PSICUP dell'USL Umbria 2 era messo a disposizione gratuitamente per tutti gli utenti.

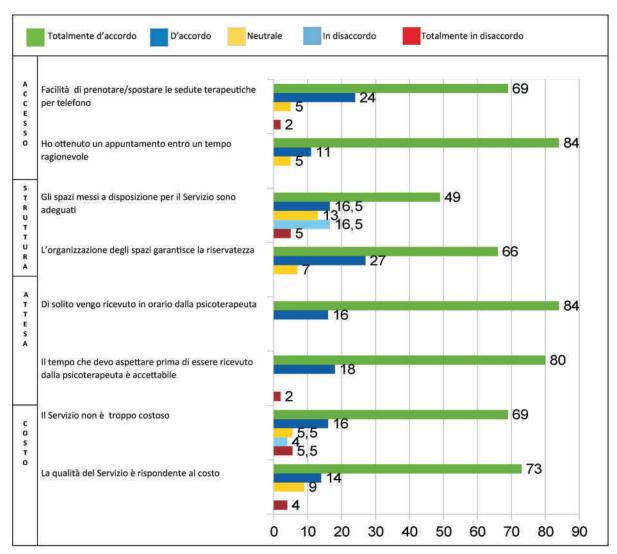


Grafico 1. Customer Satisfaction - Organizzazione generale.

Il grafico 2 mette in luce la qualità della relazione terapeutica. I dati emersi sono molto soddisfacenti, quasi la totalità degli intervistati riferisce un'ottima/buona soddisfazione in tutti gli ambiti esplorati; solo in alcuni item si rilevano basse percentuali di risposte neutre e non si evidenzia alcuna criticità.

Nello specifico, il 100% degli intervistati ritiene di essere stato accolto sempre cortesemente dalla propria terapeuta, di essere stato ascoltato attentamente durante i colloqui, di essersi sentito capito e a proprio agio, di aver riposto fiducia nella psicoterapeuta.

Percentuali elevate di soddisfazione sono rilevate in:

- Partecipazione alle decisioni relative alla propria psicoterapia (94%);
- Adeguato tempo dedicato dalla psicoterapeuta (98%);
- Possibilità di chiedere liberamente (96%);
- Rispetto circa le proprie opinioni (98%);
- Sentirsi sostenuto (98%);
- Competenza della psicoterapeuta (98%);

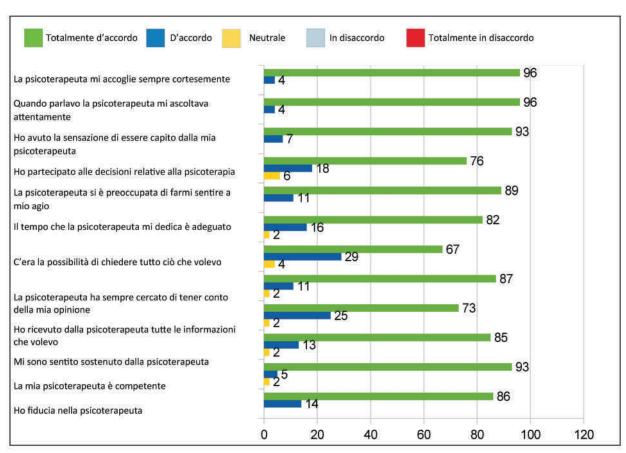


Grafico 2. Customer Satisfaction - Il rapporto con lo psicoterapeuta.

Per quanto riguarda la valutazione complessiva sul Servizio PSICUP (grafico 3), rilevata tramite un punteggio da 1 a 10, il 67% dei pazienti intervistati esprime il massimo grado di soddisfazione (punteggio 10), il 15% del campione assegna un punteggio pari a 9; il 15% attribuisce un punteggio pari a 8 e il 3% codifica con punteggio pari a 7.

Qual è il suo giudizio complessivo sul servizio che eroga la psicoterapia? (attraverso un punteggio da 1 a 10, dove 1 = pessimo, 10 = ottimo)

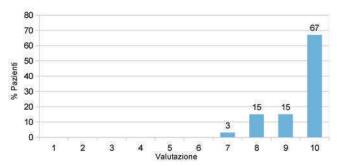


Grafico 3. Valutazione complessiva del Servizio che eroga psicoterapia.

Infine riportiamo un ulteriore dato significativo. Ai pazienti è stato chiesto se consiglierebbero il Servizio a parenti o amici e se in caso di necessità lo consulterebbero ancora. Interessante sottolineare che il 100% degli intervistati ha risposto favorevolmente e con "Sicuramente sì" ad entrambi i quesiti posti.

Discussione e conclusioni

Dai risultati ottenuti emerge che il servizio PSICUP è riuscito a garantire i diritti del paziente in ogni fase del percorso di cura, rispondendo pienamente alle loro richieste e aspettative (Angelucci *et al.*, 2019).

Le cure primarie del nostro territorio si sono qualificate come un sistema di cure centrate sui bisogni del paziente e in linea con quanto dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (1978).

La figura dello psicologo integrata in equipe multiprofessionali, la sperimentazione di comportamenti professionali collaborativi e centrati sul paziente, l'implementazione di nuove strategie di presa in carico e trattamento si sono dimostrate vincenti in questo primo anno di sperimentazione e l'alto grado di soddisfazione dei pazienti ne rappresenta un'ulteriore conferma.

Il Servizio di Psicologia nelle Cure Primarie, così testato, si configura come modello valido ed efficace di integrazione tra psicologia e assistenza primaria.

Starfield B. (2011), Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care?, *The Permanente Journal*, vol. 15, n. 2, pp. 63-69.

Walker E.R., Cummings J.R., Hockenberry J.M., Druss B.G. (2015), Insurance Status, Use of Mental Health Services, and Unmet Need for Mental Health Care in the United States, *Psychiatric Services*, 66, pp. 578-584.

Wong E.C., Collins R.L., Breslau J., Burman M.A., Cefalu M., Roth E. (2018), Differential Association of Stigma with Perceived Need and Mental Health Service Use, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 206, n. 8, pp. 461-468.

Bibliografia

Angelucci P., Bazzoli M., Bertocci B., Micheletti A., Moretti E. (2019), PSICUP Psicologia nelle Cure Primarie. Un percorso sperimentale di collaborazione tra Psicologo e MMG in Umbria, *La mente che cura*. *Rivista dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria*, anno V, n. 6, pp. 22-28.

Carozza P. (2014), Dalla centralità dei Servizi alla centralità della Persona. L'esperienza di cambiamento di un Dipartimento di Salute Mentale, FrancoAngeli, Milano.

Engel G.L. (1977), The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, vol. 196, n. 4286, pp. 129-136.

Haskard K.B., Williams S.L., DiMatteo M.R., Rosenthal R., White M.K., Goldstein M.G. (2008), Physician and Patient Communication Training in Primary Care: Effects on Participation and Satisfaction, Health Psychology, vol. 27, n. 5, pp. 513-522. Liuzzi M. (2010), Psicologia delle Cure Primarie. Concetti, metodi e ricerche, CIS Editore, Milano. Malvi C. (2010), La realtà al congiuntivo. Storie di malattia narrate dai protagonisti, FrancoAngeli, Milano.

Organizzazione Mondiale della Sanità (1978), Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria, adottata alla Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, tenuta il 6-12 settembre 1978 ad Alma Ata, URSS.

PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE: QUALI PROSPETTIVE FUTURE? La proposta di un modello sempre più centrato sui bisogni emergenti dei pazienti

Maddalena Bazzoli

Psicologa-Psicoterapeuta del Progetto "PSICUP - Psicologia nelle Cure Primarie", USL Umbria 1

Antonella Micheletti

Vice Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Umbria, Psicologa-Psicoterapeuta USL Umbria 1

Paola Angelucci

Tesoriere dell'Ordine degli Psicologi della Regione Umbria, Psicologa-Psicoterapeuta USL Umbria 2

Introduzione

a sperimentazione "PSICUP - Psicologia nelle cure primarie", effettuata nella regione Umbria nel 2018/2019, ha permesso di attivare un servizio di cure psicologiche di primo livello di qualità, accessibile ed efficace. Il modello sperimentato è stato ampiamente descritto nell'articolo "PSICUP - Psicologia nelle cure primarie. Un percorso sperimentale di collaborazione tra psicologo e MMG in Umbria" pubblicato nel n. 6 di questa rivista (Angelucci et al., 2019), a cui rimandiamo per un eventuale approfondimento. La sperimentazione ha permesso di evidenziare l'efficacia dell'intervento psicologico su persone che presentano sintomatologia lieve o moderata, conclamata o sospetta. La riflessione successiva sul modello utilizzato ha messo in evidenza che per praticare cure primarie effettivamente centrate sul paziente è necessario modificare il tradizionale assetto organizzativo e individuare nuove strategie assistenziali che coinvolgono il Medico di Medicina Generale, lo psicologo, l'infermiere, insieme al paziente e ai suoi famigliari. Pertanto riteniamo interessante e valido ampliare il modello PSICUP alle malattie croniche non trasmissibili, seguendo i canoni del Chronic Care Model (World Health Organization, 2002; Barr *et al.*, 2003) (figura 1), in linea con i principi dettati dal "Piano Nazionale Cronicità" e dal "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018". Di seguito verrà descritta una proposta così orientata.



Figura 1. Il nuovo paradigma - Chronic Care Model.

Il Chronic Care Model (Coleman *et al.*, 2009), adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e inserito nel "Piano Nazionale delle Cronicità" (Ministero della Salute, 2016), è largamente introdotto nelle strategie d'intervento dei Servizi Sanitari di diversi Paesi, come per esempio Canada, Olanda, Germania, Regno Unito, alcune regioni italiane come Toscana ed Emilia-Romagna.

La prevenzione, un'alleata contro le patologie croniche

La cronicità rappresenta la sfida per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i prossimi anni, sia in termini di bisogni di salute e di assistenza sia in termini economici e sociali. Le statistiche di mortalità offrono un chiaro quadro epidemiologico, evidenziando come le patologie croniche – o, nella nuova accezione, malattie non trasmissibili (non communicable diseases, NCD) – siano responsabili del 92% di tutte le morti nel nostro Paese. Le malattie cardiovascolari (CV) rappresentano e rappresenteranno ancora per anni non solo la principale causa di morte, ma anche l'origine, diretta o indiretta, di disabilità e dipendenza.

La letteratura concorda sul fatto che le patologie cardiovascolari presentano possibilità di prevenzione ampie, efficaci, economiche e generalizzabili.

A tal proposito, la Regione Umbria, con il Progetto 2.1 "Lo screening per il rischio cardiovascolare: dallo studio di fattibilità alla sperimentazione" inserito nel "Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018", ha deciso di attivare lo Screening del Rischio Cardiovascolare, un programma di prevenzione primaria finalizzato alla valutazione ed eventuale modifica degli stili di vita nella popolazione sana compresa tra i 45 e i 59 anni.

Allineandoci con le finalità di questo progetto, cioè migliorare la vita della popolazione, ridurre i costi sanitari, attivare interventi efficaci ed economici, proponiamo l'adozione del Chronic Care Model al rischio cardiovascolare, vero tracciante del rischio di cronicità (figura 1).

L'empowerment del paziente e della comunità sono elementi fondanti del Chronic Care Model per sostenere l'efficacia di un approccio proattivo alla salute del singolo e della comunità. Il cittadino informato e responsabilizzato può infatti assumere sia un ruolo attivo nella gestione della propria salute, sia partecipare alla definizione dei percorsi assistenziali e di cura.

Il modello PSICUP esteso al rischio cardiovascolare: dalla prevenzione di comunità alla prevenzione individuale

La realizzazione di un modello dedicato alla prevenzione e all'assistenza delle patologie cardiovascolari, in grado di intervenire prima dell'insorgere della malattia e di gestire la patologia stessa in modo tale da limitarne le riacutizzazioni, deve garantire ai pazienti interventi adeguati e attivati sulla base del rischio CV stimato.

Si attivano così procedure di prevenzione, si promuove empowerment e auto-cura attraverso i cambiamenti di stile di vita, si propongono percorsi diagnostico-terapeutici collaborativi *Patient Centred Care* e integrati nel team multidisciplinare (MMG, psicologo, infermiere) coordinato dal Medico di Medicina Generale.

L'obiettivo è quello di sostenere e sviluppare azioni mirate a prevenire gli eventi acuti nella popolazione, a ridurne la frequenza, a ritardarne l'epoca di comparsa, a limitarne le eventuali complicanze e conseguenze invalidanti, rimuovendo i fattori di rischio tanto a livello individuale che di comunità.

Un approccio sistematico alla prevenzione del rischio CV per essere efficace deve considerare la comunità come risorsa, saper stabilire solidi collegamenti con essa e stimolare processi di partecipazione già attivi sul territorio, al fine di integrare e coordinare gli interventi. A tal proposito, si collocano quindi come risorsa preziosa e utile in tal senso tutte le attività di Promozione della Salute in linea con il "Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018". Nello specifico, il Programma "Impariamo a resistere" prevede progetti da sviluppare nelle scuole, mirati a supportare il processo di crescita e sviluppo della persona, potenziando i fattori di protezione e contenendo i fattori di rischio. In quest'ambito vengono inoltre promosse importanti attività di promozione della salute sugli stili di vita, per i ragazzi delle scuole di ogni ordine e grado, secondo i principi di "Guadagnare Salute".

Le attività della Promozione della Salute si configurano quindi come tassello fondamentale per promuovere occasioni di salute nella popolazione generale e nelle persone a basso e medio rischio CV, favorendo così l'adozione di stili di vita salutari quale principale strategia di prevenzione di comunità.

Per quanto riguarda la prevenzione individuale, nel setting delle cure primarie, a seguito dello screening CV effettuato presso le farmacie di competenza, l'equipe multi-professionale delle Cure Primarie (MMG, psicologo, infermiere) pianifica le strategie da attivare in base al profilo di rischio rilevato e alle necessità di salute del paziente. Si tratta quindi di costruire un percorso clinico non generico, ma indirizzato al bisogno del singolo, che punta al raggiungimento del miglior stato di salute possibile.

In questa fase si realizza un vero e proprio patto di cura e la possibilità di una presa in carico continuativa nel tempo. Il rischio, altrimenti, è quello di offrire interventi frammentati e di conseguenza poco o per nulla efficaci. L'equipe seguirà il paziente lungo tutto il percorso di cambiamento garantendo un intervento coordinato delle proprie e specifiche competenze professionali: mediche, psicologhe, educative e infermieristiche.

In questa cornice di riferimento, il paziente diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, scegliendo di assumere comportamenti e stili di vita adeguati (self-managment), fino a diventare un "paziente esperto" e "competente" (patient empowerment).

Si rimanda alla lettura del riquadro informativo "Stima del rischio vascolare" per l'approfondimento sulle categorie di rischio individuate dalle carte del Progetto Cuore.

La figura 2 mette in risalto il valore aggiunto del modello PSICUP esteso al rischio cardiovascolare: favorire lo sviluppo di una rete di collaborazioni attraverso le quali le parti possono unire le forze in termini di competenza tecnico-scientifica, di organizzazione, di relazioni intersettoriali per conseguire risultati che non si potrebbero ottenere con un approccio isolato.

Illustra inoltre le principali strategie d'intervento e azioni mirate in risposta agli specifici bisogni di salute e ai livelli di rischio rilevati dallo screening cardiovascolare che qui riportiamo brevemente.

Si distingue un *livello base*, riservato a pazienti a basso rischio, stabili, con la finalità di mantenere un alto grado di indipendenza e promuovere un effettivo cambiamento dello stile di vita per un'efficace prevenzione primaria che prevede interventi nell'ambito di comunità. Rientrano in questo contesto tutte le attività della Promozione della Salute che offrono al singolo e alla comunità occasioni per mantenere/migliorare il proprio stato di salute.

Nel livello intermedio, l'equipe delle Cure Primarie si attiverà nella presa in carico e gestione del medio rischio CV. Il paziente potrà beneficiare di interventi mirati e personalizzati rispetto alla propria condizione di salute: psico-educativi sulla gestione dei fattori di rischio, psicologici e farmacologici. Le decisioni dell'equipe delle Cure Primarie devono quanto più possibile essere condivise con il paziente, interessando anche il partner e i famigliari.

Attualmente si riconosce che la combinazione di un adeguato monitoraggio e intervento clinico, un programma di esercizio fisico e di interventi strutturati educazionali e psico-comportamentali rappresentano la formula più efficace di prevenzione CV.

Il piano di trattamento individuale deve considerare e includere alcuni aspetti fondamentali:

- identificare obiettivi specifici per ciascun fattore di rischio;
- promuovere interventi terapeutici ottimizzati e finalizzati alla riduzione del rischio CV;
- strutturare programmi psicoeducazionali dedicati e finalizzati a un effettivo cambiamento dello stile di vita (attività fisica, abolizione del

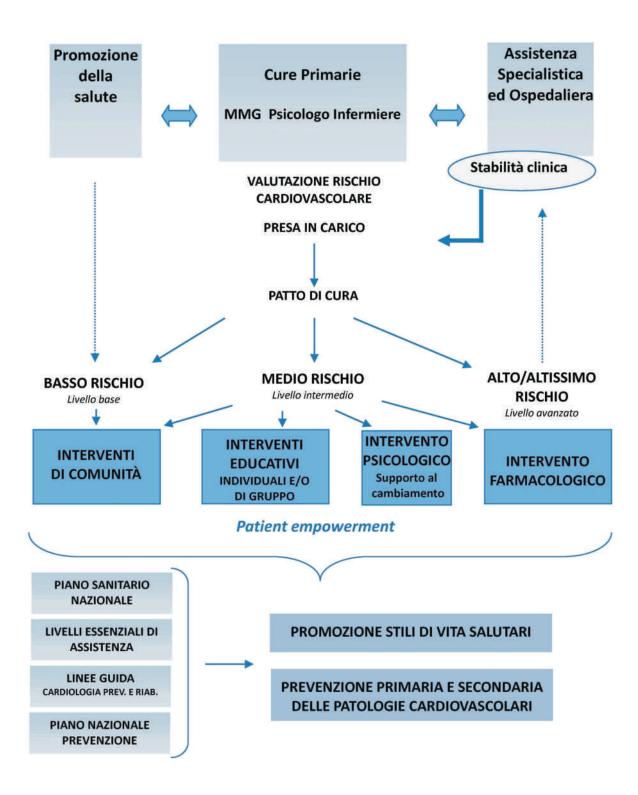


Figura 2. Visione d'insieme della prevenzione delle patologie CV.

fumo, dieta appropriata, controllo del peso, dell'ansia, della depressione);

- promuovere interventi psicologici e percorsi cognitivo-comportamentali validati per facilitare le modifiche dello stile di vita, nonché supporto psicologico e psicoterapia breve per i fattori di rischio psicosociali;
- definire interventi di mantenimento allo scopo di consolidare i risultati ottenuti e favorire l'aderenza a lungo termine garantendo la continuità assistenziale.

Infine il *livello avanzato* sarà riservato ai pazienti con alto/altissimo rischio CV. L'MMG di riferimento attiverà e invierà il paziente all'assistenza specialistica/ospedaliera in grado di assicurare tutela medica, servizi e prestazioni di alta specialità.

Una volta raggiunta la stabilità clinica dei fattori di rischio CV il paziente potrà beneficiare dell'equipe delle Cure Primarie, degli interventi previsti nel livello intermedio.

Evidenze scientifiche dimostrano che interventi comportamentali e multimodali sono raccomandati in particolar modo per quei soggetti a rischio molto elevato e includono: risorse mediche, informazioni sugli stili di vita sani, gestione dello stress nonché counselling sui fattori di rischio psicosociali.

Psicologia nelle Cure Primarie: l'importanza di intervenire sui fattori di rischio delle patologie cardiovascolari

Interventi di tipo psicologico e comportamentale dovrebbero essere mirati ai bisogni dei singoli pazienti. In ciascun paziente è importante approfondire quali siano le sue esperienze, le sue preoccupazioni, i suoi pensieri, le sue conoscenze e le sue situazioni di vita quotidiana in quanto i fattori individuali, al pari di quelli ambientali, incidono negativamente sulla capacità di adottare uno stile di vita sano.

A tal proposito risulta fondamentale, come primo passo del nostro intervento, l'assessment psicologico per valutare e identificare, mediante colloquio clinico e questionari standardizzati, tutti i fattori di rischio comportamentali e psicosociali che possono ostacolare l'aderenza alla terapia, vanificare gli sforzi per migliorare lo stile di vita e promuovere la salute dei pazienti (Sommaruga *et al.*, 2003).

La tabella 1 "Buone prassi dell'intervento psicologico" illustra schematicamente le modalità di intervento in base al profilo di rischio CV stimato. Per quanto riguarda la Psicologia nelle Cure Primarie, il supporto psicoeducativo e l'intervento psicologico devono essere considerati parti essenziali di un programma di prevenzione del rischio CV e nello specifico:

- gli interventi psicologici includono consulenze individuali e di gruppo, gestione dello stress, training di rilassamento muscolare progressivo, psicoterapia individuale o di gruppo, approcci cognitivo-comportamentali;
- gli interventi psicoeducativi comprendono incontri individuali e di gruppo inerenti ai principali fattori di rischio CV.

Il colloquio motivazionale breve, raccomandato dalle "Linee Guida Europee 2016 sulla Prevenzione delle patologie cardiovascolari", è stato adottato come strategia elettiva per valorizzare la motivazione intrinseca e l'autoefficacia, rendendo così il cambiamento degli stili di vita una scelta possibile e il cambiamento stesso raggiungibile. Inoltre, risulta efficace per aumentare l'aderenza dell'individuo al patto di cura, evitare interruzioni premature al percorso terapeutico individualizzato e promuovere un cambiamento comportamentale il più possibile stabile e duraturo nel tempo.

La tabella 2 riporta le principali raccomandazioni per un intervento efficace, evidence-based per facilitare le modifiche comportamentali (Sommaruga et al., 2003).

Buone prassi dell'intervento psicologico				
Livello di rischio	Area psicologica	Intervento		
Basso rischio	Promozione della Salute	Intervento di Comunità Opportunità di salute		
Medio Rischio (valutato da screening CV)	Psicologia nelle Cure Primarie	Assessment psicologico per la valutazione di: Fattori di rischio comportamentali Fattori di rischio sociali Depressione Ansia e panico Stress Disturbo da stress post traumatico Fattori di personalità (Tipo D) Interventi di I livello: Incontri psicoeducazionali per il paziente e/o caregivers (individuali o di gruppo) Colloquio motivazionale breve Supporto psicologico Psicoterapia breve		
Alto/altissimo Rischio	Servizio di Psicologia Ospedaliera	 Interventi di II livello: Consulenza psicologica Psicoterapia cognitivo-comportamentale (individuale o di gruppo) Psicoterapia evidence-based 		

Tabella 1. Buone prassi dell'intervento psicologico.

Raccomandazioni	Classe	Livello
Le strategie cognitivo comportamentali convalidate (colloquio motivazionale) sono raccomandate per facilitare le modifiche allo stile di vita	1	Α
Si raccomanda di coinvolgere un team multidisciplinare di professionisti sanitari (infermieri, dietologi, psicologi)	1	Α
Nei soggetti ad alto rischio CV è raccomandata la prescrizione di interventi multimodali, che includono risorse mediche e informazioni su stili di vita sani, attività fisica, gestione dello stress, nonché il counseling sui fattori di rischio psicosociali.	ı	Α

Tabella 2. Raccomandazioni per facilitare le modifiche comportamentali.

Classe I: Evidenza e/o consenso generale che un determinato trattamento o intervento sia vantaggioso, utile, efficace. È raccomandato/indicato.

Livello A: Dati derivati da numerosi trial clinici randomizzati o metanalisi.

I fattori di rischio psicosociali: interventi specifici sulle problematiche psicologiche

Un livello socioeconomico basso, la mancanza di supporto sociale, lo stress lavorativo e famigliare, l'ostilità, la depressione, l'ansia, come altri disturbi psicologici sono tutti fattori che contribuiscono al rischio di sviluppare una Malattia Cardiovascolare (MCV) o al peggioramento della prognosi in pazienti con MCV; viceversa l'assenza di tali condizioni si associa a un minor rischio di sviluppare MCV (Havranek *et al.*, 2015).

Una condizione socio-economica disagiata, definita come bassa scolarità, basso reddito, lavoro di basso livello e abitare in una zona residenziale povera, comporta un aumentato rischio di malattia coronarica (CAD).

Le persone che vivono da sole o che non hanno una vita di relazione presentano un aumentato rischio di morte prematura dovuta a CAD o un peggioramento della prognosi nei soggetti affetti. Condizioni di stress mentale acuto, dovuto a eventi stressanti quali calamità naturali o fattori di stress personali (insuccesso, avvenimenti gravi della vita) che determinano forti emozioni negative (esplosioni di rabbia o dolore) possono innescare una sindrome coronarica acuta.

Lo stress lavorativo cronico costituisce un fattore predittivo di CAD, come prolungate condizioni di vita famigliare stressanti sono associate a un aumentato rischio di CAD.

Ansia e depressione (Compare *et al.*, 2012; Goldstein *et al.*, 2015) contribuiscono, inoltre, a una peggiore prognosi una volta che queste malattie si sono verificate, incrementando il rischio di mortalità e di successive recidive cardiache.

Le ricerche sull'associazione tra fattori di personalità e malattie cardiache si sono focalizzate su una costellazione di caratteristiche psicologiche, comportamenti e stili relazionali, "personalità di Tipo D" (*Distressed*) che contraddistingue persone caratterizzate da elevati livelli di stress emotivo, affettività negativa e da uno stato cronico di preoccupazione e di ansia, soprattutto in relazione ai contesti interpersonali, rispetto ai quali presentano un'estrema inibizione e una scarsa capacità di gestire le emozioni; i legami con la malattia cardiovascolare hanno ricevuto conferme sostanziali (Sommaruga, 2010).

Infine, i fattori psicosociali possono ostacolare l'aderenza alla terapia e vanificare gli sforzi per migliorare il proprio stile di vita e promuovere la salute sia tra i pazienti sia nella popolazione generale.

Nella tabella 3 si ricordano le principali raccomandazioni della letteratura scientifica per i fattori di rischio psicosociale (Sommaruga *et al.*, 2003).

Nella pratica clinica gli operatori sanitari si trovano in una posizione privilegiata per poter offrire il loro sostegno in merito ai fattori di rischio psicosociale. Una comunicazione empatica centrata sul paziente contribuisce non solo a instaurare e mantenere un rapporto di fiducia, ma rappresenta anche una fonte efficace di sostegno emotivo per fronteggiare fattori di stress psicosociali, sintomi depressivi e/o ansiosi.

Evidenze scientifiche (Roncella, 2016; Sommaruga, Pierobon, 2016) raccomandano un trattamento adeguato a tutti i pazienti a cui è stata diagnosticata ansia o depressione; ai pazienti con problemi psicologici più complessi va assicurato l'accesso a un percorso di psicoterapia breve evidence-based.

Raccomandazioni	Classe	Livello
Nei soggetti a elevato rischio CV o con MCV accertata deve essere presa in considerazione la valutazione dei fattori di rischio psicosociale mediante colloquio clinico o questionari standardizzati, al fine di identificare eventuali fattori che possono ostacolare le modifiche dello stile di vita o l'aderenza alla terapia.	lla	В
Nei pazienti con MCV accertata e sintomi di natura psicosociale sono raccomandati interventi comportamentali e multimodali che includano informazioni sulla salute e sull'attività fisica, nonché una psicoterapia per la gestione dei fattori di rischio psicosociali e per affrontare la malattia.	ľ	А
In presenza di sintomi clinicamente significativi di depressione, ansia e ostilità deve essere presa in considerazione la psicoterapia, la terapia medica o l'assistenza integrata.	lla	A
Quando un fattore di rischio costituisce di per sé un disordine diagnosticabile (es. depressione) o comporta un peggioramento dei classici fattori di rischio deve essere preso in considerazione il trattamento dei fattori di rischio psicosociali allo scopo di prevenire l'insorgenza di CAD.	lla	В

Tabella 3. Raccomandazioni.

Classe IIa: il peso dell'evidenza è a favore dell'utilità/efficacia.

Livello B: dati derivati da un singolo trial clinico randomizzato o da ampi studi non randomizzati.

Conclusioni

Le riflessioni fatte a seguito della sperimentazione del modello PSICUP ci hanno permesso di mettere in evidenza la possibilità di applicarlo ed estenderlo alle malattie croniche non trasmissibili.

Adottando i principi del Chronic Care Model abbiamo proposto un intervento specifico sulla gestione dei diversi livelli di rischio cardiovascolare partendo dal progetto 2.1 della Regione Umbria "Lo screening per il rischio cardiovascolare: dallo studio di fattibilità alla sperimentazione" che comprende strategie di prevenzione, efficaci e mirate, sia individuali che di comunità. L'equipe multidisciplinare delle Cure Primarie si colloca come strategia fondamentale per garantire un approccio centrato sui bisogni del paziente (Liuzzi, 2016) e come risposta concreta a quanto stabilito dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dai Piani Nazionale e Regionale della Cronicità.

Stima del Rischio Cardiovascolare Globale

Il Rischio Cardiovascolare Globale è la probabilità di essere colpiti da un evento fatale o non fatale coronarico o cerebrovascolare nei successivi dieci anni ed è costruito sulla base di otto fattori di rischio: età, sesso, abitudine al fumo, diabete, colesterolemia totale e HDL, pressione sistolica, terapia antipertensiva.

Per la valutazione del rischio cardiovascolare sono state adottate le carte del Progetto Cuore, raccomandate dall'Istituto Superiore di Sanità, grazie alle quali si può ottenere il Livello di rischio MCV a 10 anni. La categoria di rischio MVC indica quante persone su 100 con quelle stesse caratteristiche può ammalarsi di MCV nei 10 anni successivi.

Punteggio cuore	Livelli di rischio	Descrizione clinica
Cuore < 5%	Basso rischio	Assenza di fattori di rischio
Cuore tra 5 e 20%	Rischio moderato	Almeno un fattore di rischio
Cuore ? 20% e <30%	Rischio elevato	 Almeno una delle seguenti condizioni: livelli marcatamente elevati dei singoli fattori di rischio, in particolare ipercolesterolemia e ipertensione arteriosa; la maggior parte degli altri soggetti diabetici (ad eccezione di quelli di giovane età affetti da DM di tipo 1 senza fattori di rischio maggiori che possono essere a rischio moderato-basso); IRC moderata.
Cuore ? 30%	Rischio molto elevato	 MCV accertata, clinicamente nota o documentata; Diabete Mellito associato a danno d'organo, come proteinuria, o a un fattore di rischio maggiore come abitudine al fumo, marcata ipercolesterolemia o marcata ipertensione; IRC severa.

Livello di rischio	Raccomandazioni	
Basso rischio	Valutazione del rischio vascolare dopo 3 anni.	
Rischio moderato	I soggetti a rischio moderato-basso (rischio CUORE <20%] devono essere istruiti ad adottare uno stile di vita atto a mantenere la loro condizione di rischio moderato-basso. Valutazione del Rischio dopo 1 anno.	
Rischio elevato	Soggetti a rischio elevato (rischio CUORE tra ?20% e <30%) necessitano dell'intensificazione dei consigli sullo stile di vita e potrebbero trarre beneficio dalla terapia farmacologica. I soggetti a rischio elevato sono quelli che traggono maggior beneficio dagli interventi di prevenzione.	
Rischio molto elevato	I soggetti a rischio molto elevato (rischio CUORE ?30%) richiedono più frequentemente un trattamento farmacologico.	

Bibliografia

Angelucci P., Bazzoli M., Bertocci B., Micheletti A., Moretti E. (2019), PSICUP Psicologia nelle Cure Primarie. Un percorso sperimentale di collaborazione tra Psicologo e MMG in Umbria, *La mente che cura*. *Rivista dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria*, anno V, n. 6, pp. 22-28.

Barr V.J., Robinson S., Marin-Link B., Underhill L., Dotts A., Ravensdale D., Salivaras S. (2003), The Expanded Chronic Care Model. An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, *Hospital Quarterly*, vol. 7, n. 1, pp. 73-82.

Coleman K., Austin B.T., Brach C., Wagner E.H. (2009), Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium, *Health Affairs*, vol. 28, n. 1, pp. 75-85.

Compare A., Proietti R., Germani E., Janeway D. (2012), Anxiety and depression: risk factors for cardiovascular disease, in E.A. Dornelas (a cura di), *Stress Proof the Heart. Behavioral Interventions for Cardiac Patients*, Springer, New York.

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (2017), Ruolo della psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza, Redatto dalla Task Force sui LEA istituita presso il CNOP - giugno 2017.

Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 aprile 2008 - I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Goldstein B.I., Carnethon M.R., Matthews K.A., McIntyre R.S., Miller G.E., Raghuveer G., Stoney C.M., Wasiak H., McCrindle B.W. (2015), Major depressive disorder and bipolar disorder predispose youth to accelerated atherosclerosis and early cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association, *Circulation*, 132, 10, pp. 965-986.

Gruppo di lavoro dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Istituto Superiore di Sanità, Piano Nazionale Linee Guida, Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (a cura di) (2008), Linee Guida Nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari: sommario esecutivo, *Giornale Italiano di Cardiologia*, 9, 4, pp. 286-297.

Havranek E.P., Mujahid M.S., Barr D.A., Blair I.V., Cohen M.S., Cruz-Flores S., Davey-Smith G., Dennison-Himmelfarb C.R., Lauer M.S., Lockwood D.W., Rosal M., Yancy C.W. (2015), Social Determinants of risk and outcome for cardiovascular disease, *Circulation*, vol. 132, pp. 873-898.

Liuzzi M. (2016), La Psicologia nelle Cure Primarie. Clinica, modelli di intervento e buone pratiche, il Mulino, Bologna.

Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*,

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazio ni_2285_allegato.pdf

Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (2016), Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016,

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazio ni_2584_allegato.pdf

Ministero della Salute (2017), Alleanza Italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari. Documento di strategia 18 maggio 2017,

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazio ni_2606_allegato.pdf

Piepoli M.F. et al. (2017), Linee guida europee 2016 sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica. Sesta Task Force congiunta della Società Europea di Cardiologia e di altre Società sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari nella Pratica Clinica (costituita da rappresentanti di 10 società e da esperti invitati). Redatte con il contributo straordinario dell'Associazione Europea per la Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare (EACPR), Giornale Italiano di Cardiologia, 18, 7, pp. 547-612.

Regione Umbria (2014), Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 Parte 1 - Analisi di contesto e programmazione strategica,

https://www.regione.umbria.it/documents/18/3

<u>195498/PRP_2014_2018_parte+I.pdf/61b14904-</u>d8ae-4933-98bf-e923bfc7d14e

Regione Umbria (2015), *Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 Parte 2 - I progetti* https://www.regione.umbria.it/documents/18/3 195498/Allegato+1+PRP+2014+2018+Parte+2_prova+web_pagine.pdf/4d07762a-25c6-4c1c-a6e7-51af7bcfeda3

Regione Umbria (2017), *Piano Regionale Cronicità*, https://www.regione.umbria.it/documents/18/704709/DGR+902-17+PRC.docx.pdf/7ad566b7-8a27-4c20-8cc1-5fbce2bdde8d

Regione Umbria, Giunta Regionale, *Deliberazione* della Giunta Regionale n. 1799 del 29/12/2014, https://www.regione.umbria.it/documents/18/3856340/DGR+1799-14/c1ff46b7-3cea-4594-a000-5ddcbcc3cbc4

Regione Umbria, Giunta Regionale, *Deliberazione* della Giunta Regionale n. 746 del 28/05/2015, http://www.salute.gov.it/portale/temi/documen ti/PNP/Umbria delibera.pdf

Regione Umbria, Giunta Regionale, *Deliberazione* della Giunta Regionale n. 902 del 28/07/2017, https://www.regione.umbria.it/documents/18/704709/DGR+902-17.pdf/730e2d61-0773-41cb-89b1-a82460c1a975?version=1.0

Roncella A. (2016), Psychotherapy for cardiac patient: selection of clinical cases. Part. I, in A. Roncella, C. Pristipino (a cura di), Psychotherapy for Ischemic Heart Disease. An Evidence-based Clinical Approach, Springer.

Sommaruga M. (2010), Positive affect and cardiovascular health, *Monaldi Archives for Chest Disease*, vol. 74, n. 1.

Sommaruga M., Pierobon A. (2016), Psychotherapy for cardiac patient: selection of clinical cases. Part II, in A. Roncella, C. Pristipino (a cura di), Psychotherapy for Ischemic Heart Disease. An Evidence-based Clinical Approach, Springer.

Sommaruga M., Tramarin R., Angelino E., Bettinardi O. (2003), Linee Guida per l'attività di psicologia in cardiologia preventiva e riabilitativa. Guidelines for psychology activities in cardiac rehabilitation

and prevention, *Monaldi Archives for Chest Disease*, 60, 3, pp. 184-234.

World Health Organization (2002) *Innovative Care for chronic conditions: building blocks for action.* Geneva.

06.

UN PERCORSO DI SUPERVISIONE CLINICA QUALE MODELLO DI SOSTEGNO PSICOLOGICO AI CURANTI

Clara Nulli Gabbiani

Psicologa-Psicoterapeuta

a supervisione dell'equipe del progetto sperimentale PSICUP, che ho svolto su incarico dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria, ha significato avviare un mio contributo specifico di analisi e riflessione sulle prestazioni clinico-psicologiche svolte da giovani colleghe all'interno di un sistema sanitario complesso e con finalità preventiva.

Dal mio punto di vista il progetto ha fornito un valido strumento tecnico per intercettare problematiche psicologiche in fase di esordio, rendendo in questo modo possibile una risposta psicologica precoce, con l'obiettivo di una più rapida remissione sintomatologica.

Lo spazio di supervisione ha assolto così una funzione di co-costruzione di un contesto, con spazi e tempi definiti, di osservazione e analisi dell'impasse che i colleghi incontravano nel lavoro clinico, da un lato, e organizzativo, dall'altro. L'interazione di reciprocità che ne è derivata, superando eventuali rigidità relazionali, ha attivato un processo comunicativo circolare, pregnante e condiviso.

La modalità di supervisione ha evidenziato come una storia professionale consolidata come la mia possa legarsi e connettersi con gli aspetti innovativi dei giovani professionisti di oggi. Si è così formato un ponte generazionale e un passaggio esperienziale.

Questo patrimonio professionale esistente a più livelli, anziché disperdersi può invece connettersi e arricchire quello attuale e futuro. Può sviluppare un senso di appartenenza in un processo evolutivo

armonico e costante che diventa utile e costruttivo per la professione stessa.

Questa esperienza, nata dalla mia motivazione di partecipare a tale progetto, ha aperto poi un interesse nei confronti delle modalità operative delle colleghe presenti nei contesti sanitari individuati per la sperimentazione. Gli spazi di incontro, previsti con cadenza mensile presso la sede dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria, costituivano infatti uno stimolante momento di analisi e riflessione sulle complesse problematiche che emergevano nei contesti operativi. Si generava così un significativo processo interattivo, la cui funzione era guardare da più angolature e con la distanza necessaria la problematica, per arrivare a una lettura nuova e condivisa che permettesse il superamento dell'impasse clinica. Si costruiva così un clima di fiducia connesso al senso di rispetto professionale e umano e si generava un processo formativo evolutivo e armonico. La ridefinizione condivisa delle problematiche esaminate nel tempo, ha evidenziato ricadute significativamente utili nei trattamenti clinici che le colleghe avevano in atto.

La supervisione ha avuto il compito di analisi della crisi della persona in trattamento, connettendola nel qui ed ora (Watzlawick *et al.*, 1971) alla risonanza emotiva del professionista. La funzione era, quindi, guardare da più angolature per comprendere e poter connettere e collocare l'aspetto emotivo nel proprio percorso professionale. Tale modalità permetteva al professionista di ridare

alla persona in difficoltà una rilettura della crisi presente nel ciclo vitale dell'individuo (Bowen, 1979) per poterla superare. La supervisione ha permesso nuove connessioni (Bateson, 1977) e arricchimento di pensiero grazie anche al contesto affidabile e condiviso all'interno di un progetto significativamente innovativo.

Mi sento di esprimere la mia soddisfazione professionale e umana per aver partecipato a questo progetto perché aprire questo ponte generazionale ha mostrato la possibilità di non disperdere la storia professionale "antica"; ma anzi consente di farne la base, in spazi e tempi coerenti, di evoluzione (Watzlawick *et al.*, 1974) e arricchimento formativo delle nuove generazioni di professionisti. Ringrazio quindi le colleghe con cui ho collaborato e l'Ordine tutto, che hanno dedicato energie per concretizzare il progetto e che stanno lavorando affinché tale esperienza rimanga a disposizione come testimonianza e patrimonio della professione, di cui l'Ordine è il contenitore designato.

Bibliografia

Bateson G. (1977), Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano.

Bowen M. (1979), Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare, Astrolabio, Roma.

Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma.

Watzlawick P., Weakland J.H., Fisch R. (1974), Change: sulla formazione e la soluzione dei problemi, Astrolabio, Roma.

IL PUNTO DI VISTA DEL DIRETTORE SANITARIO DI FOLIGNO

Paola Menichelli

Direttrice del Distretto Sanitario di Foligno, USL Umbria 2

i è stato chiesto, nella visione delle Cure Primarie, che cosa mi abbia spinto ad accogliere il Progetto sperimentale PSICUP e se lo ritengo adeguato a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

Alla prima parte della domanda, per me più intrigante, viene da rispondere con un'altra domanda o in maniera provocatoria.

Siamo nel quarantennale (passato da pochi mesi!) di un processo riformatore incredibile, fra i più significativi in tutto il mondo avanzato, sostenuto da un percorso di partecipazione, coordinamento e unitarietà degli interventi sociali e sanitari e rispetto al quale gli umbri sono stati tra i "padri" promotori.

Siamo in una regione che è stata antesignana nel modo d'intendere la salute, la malattia e la cura; la nostra Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva ed il Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, vero laboratorio di idee, sono stati antesignani (o meglio chi li ha diretti lo è stato) non solo per l'organizzazione innovativa, ma per le riflessioni sullo sviluppo della società, sul modello delle malattie cronico-degenerative e sul loro collegamento con l'ambiente, i determinanti di salute e i fattori di rischio. E già negli anni '60 si auspicava un cambio di paradigma e si promuoveva un approccio alla salute secondo il modello biopsico sociale.

Noi oggi stiamo promuovendo un approccio che fa già parte della nostra storia, della nostra cultura e della nostra formazione. E allora, come Direttore di Distretto, ma ancor più come medico igienista che si è formato in quegli anni e nei successivi, mi viene da chiedere: "Com'è che si è aspettato così tanto?". Soprattutto dato che il nostro SSN e SSR, definito "sobrio e resiliente", se deve ottemperare a obiettivi di salute e sanità pubblica (gestire la cronicità e il disagio psico-sociale; migliorare la qualità delle cure; ridurre le disuguaglianze nei confronti della salute e nella fruizione dei servizi e delle opportunità; essere nel contempo sostenibile), deve necessariamente cambiare le regole e indirizzarsi verso strategie operative prevalentemente centrate sulla prevenzione e sulla riduzione del bisogno, nonché verso modalità organizzative più competitive e realmente alternative nei processi di "cura".

E noi sappiamo che i sistemi fondati sulle Cure Primarie e non su quelle Specialistiche sono di provata maggior equità, efficacia ed efficienza e che la vera opportunità è quella di rendere il territorio il luogo elettivo della costruzione e del governo di reti forti e moderne di cure primarie e di sistemi di governance più avanzati.

Entriamo ora nel merito più specifico della seconda parte della domanda: "lo PSICUP è uno strumento adeguato a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini?".

Con la D.G.R. n. 135 del 20/02/2017 della Regione Umbria il Progetto "Psicologia nelle Cure Primarie" è stato attivato e sperimentato nella Casa della Salute di Trevi.

Tra i "Progetti e le azioni comunitarie agite nella Casa della Salute di Trevi", il progetto di Psicologia nelle Cure Primarie ha avuto un target abbastanza ben definito, anche in virtù della storia e dell'organizzazione del Distretto di Foligno e dei suoi Centri di Salute, con team strutturati sociosanitari integrati per i Consultori, per le Cure Palliative, per le Cure domiciliari, ecc.

Con questo progetto e con la presenza dello psicologo (anzi della psicologa) non si è verificato uno stravolgimento nell'assetto organizzativo della Casa della Salute, semplicemente il team ha acquisito e si è arricchito di ciò che mancava, di una figura professionale che, pur nella "specializzazione", non è "specialistica" bensì ha la caratteristica di essere trasversale nei servizi, nei bisogni, nell'approccio stesso; e questa è una prerogativa e una peculiarità che non appartiene a tutte le figure professionali!

Questo "arricchimento" è stato indirizzato soprattutto alla gestione proattiva degli interventi nelle cure primarie in generale, delle patologie croniche in particolare, nonché all'approccio precoce/integrato di disturbi psicologici reattivi a situazioni di difficoltà varie del ciclo di vita e che, se intercettati in fase di esordio, evitano di degenerare in problematiche importanti che possano incidere sulla vita relazionale, lavorativa e sociale dell'individuo.

Nei vari report inviati in Regione ho sempre sottolineato e ribadito la validità dell'intervento, gli ottimi livelli di collaborazione raggiunti complessivamente e auspicato che tale impostazione possa continuare anche per il futuro, fornendo un primo livello di servizi di cure psicologiche di alta qualità, accessibile, efficace e integrato con gli altri servizi sanitari, in un'ottica di empowerment e di approccio proattivo.

08.

L'ESPERIENZA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE PUGLIA

Antonio Antonaci

Medico di Medicina Generale, Galatina (Lecce)

scolto la messa la sera di domenica 26 aprile 2020, ovviamente in TV, trasmessa dal Santuario della Madonna del Divino Amore in Roma; ad un certo punto, un passaggio dell'omelia (peraltro dolcissima) del celebrante, S.E. Monsignor Paolo Ricciardi (Vescovo Ausiliario di Roma), mi sorprende, anzi, mi lascia di stucco: si rivolge a tutti coloro che, in queste settimane, stanno vivendo difficoltà "economiche, sociali e psicologiche...". Al tempo del coronavirus, vengono riconosciute dal Vescovo Ausiliario di Roma e, nell'ufficialità del suo ministero, in un certo senso, "certificate" tre grandi afflizioni del popolo italiano; e vengono poste, tutte e tre, sullo stesso piano: quelle economiche, sociali e psicologiche. Risulta, dunque, chiarissima e inconfutabile, la priorità dei bisogni della gente e dei conseguenti interventi da effettuare a sostegno del Paese.

Il danno psicologico "di massa" è una delle principali conseguenze di questa immane tragedia che ha investito l'umanità intera e l'Italia. Nessuno oggi può negarlo, nessuno deve.

Alcuni esempi.

Gli adolescenti e i giovani, che rappresentano il nostro futuro, la speranza, sono coloro che risultano maggiormente traumatizzati da quest'improvvisa e, ai loro occhi, inspiegabile, devastante cancellazione di tutto ciò che è il loro mondo, il loro essere, nel loro animo e nella loro indole; sopraffatti, schiacciati, a causa di decisioni di una società di adulti che opera nell'interesse degli adulti; hanno perso i loro già fragili equilibri e non hanno potuto far altro che rifugiarsi negli psicofarmaci.

Gli anziani vengono menzionati continuamente, come un disco che ripete musica dolce, per coprire la voce amara della coscienza che racconta, invece, di pesanti sensi di colpa; anziani totalmente abbandonati a se stessi e, anche loro, delusi e incompresi.

Poi ci siamo noi, gli adulti, quelli che costituiscono la parte produttiva, attiva e decisionale della società; quella parte che ha tutte le responsabilità e che dovrebbe "reggere" in situazioni come quella vissuta; invece, completamente scompensata e raggelata. Gettata nel panico e nell'angoscia della paura, delle incertezze, del dubbio, degli orrori, delle intimidazioni, quasi. Ogni minuto, di ogni santo giorno, investiti e trafitti, profondamente, dalle immagini, parole e suoni di un incubo che, su TV e social, appare nelle vesti di tutto e il contrario di tutto. Genitori separati che non possono vedere i figli; genitori separati, soli dentro casa a gestire i figli; senza la possibilità di spazi vitali accettabili. Familiari di ammalati o di deceduti, spesso senza notizia alcuna, impossibilitati a vedere o stare vicino ai propri cari anche nell'estremo saluto.

Operatori sanitari, persone normali, non super eroi, senza tutele, mandati allo sbaraglio e privati, a volte anch'essi, degli affetti familiari e del conforto. Così anche militari e forze dell'ordine, spinti a compiti estremi e sfiancanti, lontano da casa.

Figli, nipoti, lasciati nella disperazione e nell'angoscia di sapersi impotenti di fronte al dramma del proprio congiunto rinchiuso in RSA descritte dai media come lager.

Ed anche, semplicemente, il sentirsi considerare

come un criminale, solo per aver ravvisato il bisogno di fare una passeggiata sotto casa; o il subire la vista di quei pesanti anfibi neri, senza volto, che, salendo su un altare candido, lasciano, inconsapevolmente, spero, la loro impronta scura sulla sensibilità di ogni credente in questo Paese. "Dura lex, sed lex" dicevano i Romani, ma è pur vero che, dopo un paio di millenni di storia, un qualche passo in avanti nella considerazione dei diritti umani e civili inalienabili, della persona, uno se lo aspetta. E infine, ultimi, ma non ultimi, i bambini: "spugne" innocenti, immerse in tutto questo. Uno "straordinario" che si aggiunge ovviamente all'"ordinario": sostegno ai malati oncologici, ai conviventi di pazienti con Alzheimer o con gravi handicap, dissidi familiari, problemi di coppia, lavorativi e relazionali, burnout e quant'altro a noi già noto.

Quanto, allora, è mancato il sostegno psicologico alla gente, a tutta la gente? Quanto la società italiana intera lo richiedeva e quanto ne avrebbe beneficiato, se fosse esistita, già strutturata nell'assistenza sanitaria di base pubblica, tale possibilità?

Pensiamo, forse, che il SSN si sia dimostrato deficitario o, francamente, fallimentare solo perché mancavano i posti in rianimazione e i respiratori automatici?

Il medico di famiglia italiano gettato allo sbaraglio, da solo, in prima linea (anzi oltre, davanti alla prima linea) ha fronteggiato, come poteva, uno tsunami che gli si è improvvisamente abbattuto contro e che, si badi bene, non era solo sanitario/medico, ma anche, appunto, economico, sociale e psicologico: tre onde violente di uno stesso tsunami.

Il medico curante, unico, certo, immancabile e garantito punto di riferimento di ogni cittadino, in tragedie che riguardano la salute, come quella che stiamo vivendo. Il "proprio" medico, colui di cui si ha il cellulare e che si può chiamare in ogni istante; che ci conosce personalmente e che si conosce personalmente. Persona sicura "tra la folla" a cui chiedere, domandare, affidarsi, abbandonarsi; ma

anche il professionista dal quale si pensa di poter avere risposte, soluzioni e assistenza anche per questioni, problemi e malesseri che nulla, in fondo, hanno a che vedere con il suo ruolo professionale di medico e di clinico, primo tra tutti il sostegno di tipo psicologico.

Sarà forse bastata, allora, anche a taluni miei colleghi, questa pandemia, per capire e convincersi, una buona volta, che un'assistenza primaria di tipo psicologico non la si può né negare, né snobbare, né improvvisare e che, tuttavia, essendo oggi palesemente indispensabile, viene inesorabilmente scaricata sul medico di famiglia stesso. Non ne siamo addetti e non può gravare tale impegno sul nostro lavoro e neppure sulla nostra integrità psicofisica. Tuttavia, un'assistenza psicologica "di base" non la si deve far mancare a tutti gli assistiti, i nostri assistiti, dei quali dobbiamo avere cura a 360 gradi: il sostegno psicologico operato, competentemente, da professionisti specifici, deve assolutamente essere di complemento, di supporto e ausilio per una Medicina Generale che voglia veramente essere, e non soltanto dirsi, moderna. In questi drammatici mesi, le apprezzabili iniziative di attivazione e messa in opera, da parte di volontari, di numeri verdi e chat per l'assistenza psicologica ai cittadini, sono state importanti, ma imparagonabili, in termini di beneficio per la salute pubblica, con quella che sarebbe potuta essere l'assistenza, seppur a distanza, se fosse avvenuta ad opera di uno psicologo o una psicologa che il paziente già conosceva, perché da tempo operava, per conto del SSN, in collaborazione col proprio medico di fiducia, a garanzia di una sua vera e globale presa in carico.

Ed è abbastanza frustrante leggere che in Portogallo, nazione, con tutto il rispetto, non certo superiore all'Italia per cultura, civiltà e qualità dell'assistenza sociosanitaria offerta ai cittadini, tutto questo sia già da tempo una realtà. Nelle USF (Unidades de Saúde Familiar) medici di famiglia, infermieri professionali, assistenti sociali e psicologi operano in team per il benessere psicofisico e sociale del cittadino (vedasi concetto di salute

dell'OMS); e il coordinamento è affidato a uno dei medici del team.

Nell'era post Covid il futuro delle cure primarie vede l'implementazione dell'uso di strumenti informatici, di piattaforme digitali per l'assistenza a distanza, di comunicazione in videochiamata e di relazioni, sempre più, telefoniche e verbali; come si può, allora, non vedere l'importanza della "parola che cura" e di una necessaria collaborazione tra specifiche e diverse figure professionali, tra loro complementari e sinergiche?

Ciò detto, stare ancora qui a parlare del "modello umbro, l'esperienza pugliese, l'esperimento romagnolo, lo studio romano..." risulta, sinceramente, pleonastico, improficuo e, anzi, pericolosamente, fuorviante. È a tutti ben noto e sperimentato, studiato, certo, validato, confermato da anni, quel che si deve fare; che si faccia.

09.

LA SPERIMENTAZIONE DELLA PSICOLOGIA NELLE CURE PRIMARIE NELLA AFT DI MARSCIANO

Pietro Cavalletti

Coordinatore AFT di Marsciano, USL Umbria 1

olti lavori epidemiologici hanno rilevato come nella popolazione generale e in quella che afferisce al Medico di Medicina Generale (MMG) la percentuale di persone con disturbi psichici oscilla dal 25% al 35% mentre solo l'1% della popolazione accede ai Servizi specialistici appropriati come il CSM.

Secondo i dati di Health Search (HS: Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale) la prevalenza di depressione mostra un andamento crescente che varia dal 3,4% del 2005 al 5,5% del 2013, con un trend crescente all'aumentare dell'età mentre, riguardo ai disturbi d'ansia, i dati HS indicano una prevalenza totale del 9,8% nel 2012 e del 10,4% nel 2013. Un soggetto su 4 che si rivolge all'MMG ha un disturbo psichico diagnosticabile come tale. Il riconoscimento e la diagnosi della maggior parte di questi soggetti è compito e responsabilità dell'MMG, in quanto è il primo interlocutore fiduciario dei bisogni di salute della popolazione.

Al Medico di Medicina Generale possono afferire diverse tipologie di disturbo psichico:

- meno frequentemente ci si trova di fronte a disturbi psichici gravi, associati a gravi disabilità (psicosi, disturbo bipolare, ecc.), ad eccezione delle fasi di riconoscimento, oppure nei momenti di interazione con i servizi psichiatrici per lo più nei problemi sollevati nella gestione familiare;
- 2. disturbi psichici a maggiore prevalenza (depressione e ansia), spesso diagnosticati e supportati dallo stesso MMG.

Oltre queste patologie sono presenti molte condizioni di disagio reattive a eventi di vita (problematiche famigliari, lutti, eventi stressanti, ecc.) ben gestibili dall'MMG con interventi di supporto e sorveglianza attiva.

Il Medico di Medicina Generale si trova in posizione privilegiata legata alla conoscenza del contesto, alla valutazione della modifica del quadro clinico conosciuto in precedenza (dolori o sintomi somatici con scarsa obiettività e accertamenti strumentali costantemente negativi); inoltre è in grado di identificare segni di allarme provenienti da comunicazioni con linguaggio verbale e non verbale (contemporanea presenza di sofferenze e problemi su molti aspetti della realtà bio-psico-sociale del paziente).

Dalle precedenti osservazioni è chiara l'utilità che può avere per la Medicina Generale un progetto quale lo PSICUP, di evidente supporto e sostegno per un primo approccio ai problemi psicologici in una realtà così variegata senza dover accedere a Servizi Specialistici di secondo livello.

Per la sperimentazione del modello PSICUP è stato scelto il territorio di Marsciano in quanto la popolazione è abbastanza circoscritta e funzionalmente afferente alla Casa della Salute.

La collaborazione al Servizio PSICUP è stata presentata agli MMG dell'AFT all'interno di un incontro dedicato e come un progetto sperimenta-le promosso dall'Azienda Sanitaria USL Umbria 1.

Un Servizio in stretto dialogo con gli MMG e al contempo con i Servizi (CSM, Consultorio, Servizio Sociale) presenti nella stessa struttura.

Quello che abbiamo subito riscontrato è stato il feedback favorevole da parte dell'utenza che in numerosi casi ci ha riportato telefonicamente il gradimento. La presa in carico veniva gestita con colloquio preventivo con l'MMG per cenni di anamnesi patologica e farmacologica; si era contattati in seguito all'avvenuto incontro, a seguito della valutazione psicodiagnostica e al termine del percorso terapeutico.

Da sottolineare che alla conclusione del Progetto PSICUP abbiamo ricevuto numerose telefonate di coloro che ne richiedevano la ripresa.

L'affiancamento dello psicologo all'ambulatorio della MG è una delle sfide raccolte in molte realtà italiane ed è ancora allo studio la fattibilità del progetto, necessità resa più palese dall'Emergenza Covid-19.

Prevedendo un nuovo disegno degli spazi della Medicina Generale con l'acquisizione di nuove consapevolezze legate alla crisi in corso (sia sanitaria che del tessuto sociale e lavorativo) è auspicabile un coinvolgimento della figura dello Psicologo nelle Cure Primarie. In tale contesto si ribadisce come la Medicina Generale si occupi della globalità dell'individuo, poiché tratta «i problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale» (definizione WONCA - World Organization of Family Doctor).

L'ESPERIENZA DELLO PSICUP NELLA CASA DELLA SALUTE DI TREVI

Luigi Andreani

Medico di Medicina Generale, USL Umbria 2

Accetto di buon grado e anche con un pizzico di orgoglio l'invito della dottoressa Bazzoli di scrivere le mie impressioni sull'importante progetto sperimentale che si è svolto nella Casa della Salute di Trevi nel 2019, grazie anche alla collaborazione dell'ottima dottoressa Bertocci.

Da molti anni infatti si discuteva della necessità di affiancare al medico di medicina generale una figura professionale quale quella dello psicologo che collaborasse nella gestione dei pazienti affetti da malattie psicosomatiche o da disturbi del comportamento o più in generale da ansia e depressione in considerazione del fatto che tali sintomatologie rappresentano una fetta molto rilevante dell'attività quotidiana del medico di base.

La Casa della Salute di Trevi si è prestata particolarmente bene a una sperimentazione di tal genere in quanto in essa sono racchiusi tutti i servizi di assistenza primaria (ambulatori dei medici di medicina generale, del pediatra, del diabetologo, dell'ostetrica, oltre a tutti i servizi sociali facenti capo al Distretto) per un'utenza di circa 9000 persone. Rappresenta, quindi, un punto di riferimento fondamentale per le esigenze sociosanitarie di tutta la popolazione trevana.

Devo dire che, non soltanto il sottoscritto, ma anche gli altri tre medici di base che svolgono la loro attività presso la Casa della Salute, in regime di medicina di gruppo, hanno aderito con convinzione al progetto e questo è dimostrato anche dall'elevato numero di pazienti (29) che nel breve periodo della sperimentazione sono stati reclutati.

La mentalità del medico di famiglia è profondamente cambiata in questi ultimi tempi. Dico questo con cognizione di causa, in quanto svolgo questa professione dal 1977 e in oltre 40 anni ho potuto prendere atto in prima persona dei cambiamenti che nel tempo si sono susseguiti, alcuni dei quali veramente radicali.

Infatti, se prima i medici erano estremamente gelosi dei propri assistiti - "il paziente è mio e me lo gestisco da solo" - ora vi è un approccio completamente diverso.

Grazie ai nuovi metodi di lavoro (medicina di gruppo, medicina in rete, guardia medica, relazione diretta con i vari specialisti, ecc.), che prevedono una stretta e attiva collaborazione fra i vari professionisti che si prendono la responsabilità della cura del paziente in un interscambio estremamente dinamico, la gestione dell'ambulatorio e il modo di lavorare risulta molto più aperto e trasparente, a tutto vantaggio dell'utente.

Sono convinto, infatti, che grazie a questa "rivoluzione copernicana" nella gestione degli studi dei medici di base, dove l'approccio al paziente non è più appannaggio del solo medico ma coinvolge altre figure professionali, è stato possibile attuare il progetto sperimentale sulla Psicologia nelle Cure Primarie nella Casa della Salute di Trevi.

La soddisfazione per aver partecipato con convinzione a questo progetto è ancora più grande se si pensa che ora lo psicologo può entrare a pieno titolo nello studio del medico di base, così come previsto dalla legge.

È infatti fatto obbligo alle Regioni, qualora volessero autorizzare l'aumento del massimale, cosa ormai certa per l'approssimarsi del gran numero di pensionamenti dei medici di famiglia, di inserire negli ambulatori anche la figura dello psicologo e dell'infermiere.

Questo, a modesto giudizio del sottoscritto, rappresenta un ulteriore passo in avanti verso l'attuazione della tutela della salute dei cittadini, così come prevista anche dall'OMS: «Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia».

Tornando alla sperimentazione, che è stata ampiamente illustrata e documentata dall'ottima dottoressa Bertocci e sulla quale non intendo tornare, mi preme sottolineare che per le problematiche che i pazienti presentavano e che spaziavano da stati d'ansia a depressione, problematiche relazionali e familiari, lutto traumatico, non vi è stata necessità di prescrivere farmaci ansiolitici o antidepressivi ma i soli colloqui effettuati sono stati sufficienti a dare una risposta terapeutica più che soddisfacente.

Concludendo, sulla base dei risultati ottenuti, tutti fondati sull'evidenza clinica, si può certamente affermare che la presenza attiva dello psicologo all'interno dello studio del medico di medicina generale rappresenta uno strumento molto importante per affrontare e dare risposte a tutte quelle patologie legate a un disagio psicologico (ansia, depressione, ecc.) che hanno pesanti ricadute nella qualità della vita.

Se si considera, infine, anche il fatto che alla maggior parte di questi pazienti non vengono somministrati psicofarmaci (con un risparmio sulla spesa farmaceutica valutato in circa il 30%) i vantaggi di poter usufruire della figura dello Psicologo di Cure Primarie sono assolutamente evidenti e, direi, improcrastinabili.

Mentre scrivo queste riflessioni sulla sperimentazione fatta nella Casa della Salute di Trevi stiamo vivendo uno dei momenti più drammatici di questi ultimi anni, legato alla pandemia da Covid-19.

In una situazione come questa – dove, dopo circa

due mesi di isolamento domiciliare e sociale, moltissimi cittadini presentano sintomi legati al disagio sociale, alla malattia, ai lutti, ai ricoveri, alle terapie intensive, ecc. – la figura dello psicologo all'interno dello studio del medico di medicina generale rappresenterebbe certamente un'ancora di salvezza per tutte queste persone che attualmente non possono far altro che assumere psicofarmaci.

NOTE		
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	_	
	-	
	-	
	-	

NOTE		
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	_	
	-	
	-	
	-	



la mente che cura

Organigramma Ordine

Presidente

David Lazzari

Vicepresidente

Antonella Micheletti

Segretario

Laura Berretta

Tesoriere

Paola Angelucci

Consiglieri

Filippo Bianchini Corinna Bolloni Pietro Bussotti Chiara Cottini Mara Eleuteri Mirela Marinela Melinte

Elisabetta Proietti Lilla

Consulta dei giovani psicologi

Roberto Ausilio Valentina Bellini Michele Bianchi Federica Bicchielli Beatrice Billeri Silvia Bonci Chiara Brunetti Lucia Cecci Valeria Di Loreto Daniele Diotallevi Marta Franci Michela Francioli Lucia Gambacorta Maria Lo Bianco Anna Maria Manili Sara Meloni

Silvia Menichini Ilaria Milletti Cecilia Monacelli Martina Pigliautile Andrea Settimi

Commissioni

Deontologia e sviluppo Colleganza
Coordinatore Mariano Pizzo
Promozione della Professione
Coordinatrice Laura Berretta
Tutela della Professione
Coordinatrice Chiara Cottini
Comunicazione
Coordinatrice Corinna Bolloni

Gruppi di lavoro attivi

Gruppo di lavoro Psicologia Giuridica Coordinatrice Elisabetta Proietti Lilla Gruppo di lavoro Psicologia nel Sociale Coordinatrice Maria Speranza Favaroni Gruppo di lavoro Psicologia Scolastica Coordinatrice Elena Arestia Gruppo di lavoro Sanità Coordinatrice Antonella Micheletti Gruppo di lavoro Psicologia dell'Emergenza/Urgenza Coordinatrice Mara Eleuteri Gruppo di lavoro Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni Coordinatore Pietro Bussotti Gruppo di lavoro Neuropsicologia Neuroscienze Coordinatore Filippo Bianchini Gruppo di lavoro Violenza di Genere Coordinatrice Francesca Cortesi Gruppo di lavoro Psicologia dello Sport Coordinatore Pietro Bussotti

