

Per un progetto nazionale di psicologia di cure primarie
Michele Liuzzi*



Ricevuto il 10/08/2019
Accettato il 18/03/2020

Riassunto

L'articolo riporta un'esperienza di intervento di psicologia di cure primarie a Torino, nel quale vengono affrontati i temi più rilevanti, le caratteristiche, i punti di forza e le criticità di tali progetti. L'intento è quello di fornire informazioni e dati al fine di dare un ulteriore contributo al dibattito all'interno della comunità scientifica che porti alla creazione di servizi di psicologia di cure primarie a livello nazionale.

Vengono presentati gli aspetti cruciali che caratterizzano il modello, accessibilità, gradualità, efficacia clinica e costo-efficacia. Accessibilità poiché tali servizi devono essere posizionati sul territorio, vicini ai luoghi di vita dei cittadini, flessibili e inclusivi. Gradualità poiché gli interventi debbono essere appropriati come intensità rispetto alle esigenze di salute. Efficacia clinica poiché è fondamentale dare il giusto trattamento al determinato disturbo del paziente. Costo-efficacia poiché gli interventi debbono essere appropriati al problema del paziente, tempestivi in modo da anticipare patologizzazione e cronicità, e inoltre devono svolgere una funzione di filtro per i servizi secondari e i dipartimenti di emergenza.

Vengono altresì presentati alcuni risultati rispetto al *medical cost offset* di tali interventi, in particolare sugli effetti pre-post che l'intervento ha generato su prescrizioni farmacologiche, numero di invii ai servizi specialistici, e numero di visite dal medico di famiglia.

Questi progetti nelle realtà internazionali più avanzate sono da tempo operanti, e le recenti vicende (Decreto Calabria) sono una testimonianza di quanto sia necessario realizzare tali servizi. L'autore porta quindi alcune proposte in tal senso.

Parole chiave: psicologia di cure primarie; cura collaborativa; accessibilità; appropriatezza; costo-efficacia; medicina di famiglia.

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino; Docente a contratto, Dipartimento di Psicologia Università di Torino, Via Verdi 10 10124 Torino. Tel. 3479022350 – 011/6702057. Email: michele.liuzzi@unito.it

Summary

The article reports an experience of primary care psychology intervention in Turin, in which the most relevant themes, the characteristics, strengths and criticalities of these projects are addressed. The intent is to provide information and data in order to further contribute to the debate within the scientific community leading to the creation of primary care psychology services at national level.

The crucial aspects that characterize the model are presented, accessibility, graduality, clinical effectiveness and cost-effectiveness. Accessibility since these services must be positioned on the territory, close to the places of life of the citizens, flexible and inclusive. Graduality since interventions must be appropriate as intensity with respect to health needs. Clinical effectiveness since it is essential to give the right treatment to the patient's specific disorder. Cost-effectiveness since the interventions must be appropriate to the patient's problem, timely in order to anticipate pathologisation and chronicity, and they must also act as a filter for secondary services and emergency departments.

Some results are also presented with respect to the medical cost offset of such interventions, in particular on the pre-post effects that the intervention generated on pharmacological prescriptions, number of items sent to specialist services, and number of visits to the family doctor.

These projects in the most advanced international realities have been operating for a long time, and the recent events (Decreto Calabria) are a testimony of how necessary it is to realize these services. The author therefore brings some proposals to this effect.

Keywords: Primary care psychology; collaborative care; accessibility; appropriateness; cost effectiveness; family medicine.

Introduzione

Lo scopo di questo lavoro è quello di rendere nota un'esperienza di intervento di psicologia di cure primarie (PCP) nella medicina di base di un distretto sanitario di Torino. Il fine è quello di contribuire al dibattito attuale sul tema, evidenziare temi e criticità di tali progetti, e stimolare la crescita di progetti e interventi simili più vasti e organici nel nostro paese.

Nello scritto riportiamo sia gli interventi psicologici effettuati, concepiti sulla base di un modello teorico di riferimento, sia alcuni dati parziali ottenuti rispetto ad alcune variabili significative per il sistema sanitario, come una diminuzione delle visite dal medico di famiglia delle prescrizioni farmacologiche, ed una diminuzione significativa di prescrizioni di visite specialistiche.

Questi dati dimostrano che i progetti di psicologia di cure primarie possono migliorare considerevolmente il benessere psicologico dei pazienti, e nel contempo portare vantaggi dal punto di vista organizzativo e di costo-efficacia per il sistema sanitario nel suo complesso.

La psicologia di cure primarie

La psicologia di cure primarie è certamente una delle sfide più importanti per la psicologia, sia nel contesto internazionale che in Italia in particolare, e lo sarà ancora di più nei prossimi anni. Per una descrizione più approfondita dei concetti fondamentali della psicologia di cure primarie, rimandiamo a Liuzzi (2010, 2016). L'American Psychological Association (APA) definisce la psicologia di cure primarie come l'applicazione dei principi e delle conoscenze psicologiche ai problemi fisici e psichici comunemente esperiti da pazienti e dai loro familiari, nell'intero arco di vita (<https://www.apa.org/ed/graduate/primary-care-psychology>).

Le recenti vicissitudini del cosiddetto Decreto Calabria (Decreto Legge 30 aprile 2019, nr. 35), cioè la proposta di legge che contempla, tra le altre misure, la presenza e la collaborazione fattiva fra psicologi e medici di famiglia, nonostante le difficoltà e le numerose critiche che ha suscitato, è comunque una testimonianza di quanto la realizzazione di un servizio di psicologia di cure primarie esteso a livello nazionale sia diventata una priorità.

Da troppo tempo in Italia – nonostante alcune lodevoli eccezioni – una serie di ostacoli e pregiudizi ritardano l'espansione e il consolidamento di progetti di psicologia di cure primarie, che invece potrebbero generare notevoli vantaggi sia dal punto di vista del miglioramento della condizione della salute mentale del nostro paese, che dal punto di vista della migliore utilizzazione dei servizi sanitari e delle risorse mediche e farmaceutiche. Non a caso, nei paesi più avanzati, tali progetti sono molto sviluppati fino a determinare un vero e proprio ripensamento di progetti clinici e di riallocazione delle risorse economiche in maniera significativa a favore degli interventi sul territorio e nella medicina di base.

Il contesto nazionale

L'interesse verso la psicologia di cure primarie va ben oltre le esperienze piemontesi. Il CNOP (Coordinamento Nazionale Ordine degli Psicologi) ha promosso nel tempo vari gruppi di lavoro nazionale sul tema, che hanno portato a recenti proposte organiche.

A Roma da tempo la Scuola di Specializzazione in Psicologia delle Salute di Psicologia dell'Università di Roma, La Sapienza, lavora in questa area (Solano, 2011). L'Università di Padova anch'essa ha realizzato un master sulla psicologia di cure primarie.

In varie regioni italiane l'Ordine degli Psicologi ha stimolato la realizzazione del progetto dello "Psicologo in Farmacia", in cui uno psicologo era presente nei locali della farmacia e realizzava alcuni colloqui con alcuni clienti (Molinari *et al.*, 2014).

La Regione Veneto ha dato vita al progetto "Psicologi di base-progetto biennale di sperimentazione" (www.aulss6.veneto.it).

In Emilia Romagna da diversi anni è attivo un progetto di interventi psicologici nelle cure primarie all'interno delle Case della Salute, strutture polivalenti territoriali create al fine di dare pronte risposte ai bisogni di cura dei cittadini al livello territoriale (Le "Case della Salute" in Emilia Romagna, Report conclusivo, 2013).

In Toscana è stato creato il Progetto di "Collaborative Care di Grosseto" (Lussetti *et al.*, 2011; Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 della Regione Toscana), basato sul modello della cura a livelli successivi, *stepped care*, elaborato nel Regno Unito dal NICE (National Institute of Clinical Excellence) (NICE, 2009; Liuzzi, 2010).

Nel Trentino nel 2011 è stato attivato il progetto "A TU PER TU-Psicologo di Base", che concepisce lo psicologo di base come più attento alla salute che alla malattia, meno dedito ad aspetti psicopatologici, e maggiormente focalizzato su interventi di prevenzione e promozione della salute (Unterrichter, 2015).

Articoli e commenti sul tema dello psicologo di cure primarie sono apparsi su molti quotidiani online, www.sanitainformazione.it, www.quotidianosanita.it.

Questo interesse notevole sorto negli ultimi anni sul tema testimonia quanto sia disegnare dei nuovi servizi di psicologia operanti nella medicina di territorio per migliorare il benessere psicologico dei cittadini, realizzare interventi appropriati, garantire il migliore accesso possibile dei pazienti agli interventi psicologici dimostratisi efficaci, e per eliminare gli sprechi di risorse che vanno dall'eccessivo consumo di psicofarmaci alle visite mediche inappropriate, dalle richieste di esami diagnostici spesso poco utili ai ricoveri inappropriati nei dipartimenti di emergenza.

Per quello che concerne la nostra realtà, abbiamo infatti ritenuto fondamentale il "passare all'azione", il realizzare interventi concreti – anche a carattere parziale – che però potessero dare un contributo di esperienza circa gli aspetti operativi, i modelli applicativi, le caratteristiche fondamentali, gli esiti, i punti di forza e le criticità connessi agli interventi di psicologia di cure primarie. Una ulteriore motivazione è quella di condividere informazioni che favoriscano l'implementazione di iniziative simili in altri contesti e in altre realtà.

Un intervento di psicologia di cure primarie a Torino

Gli interventi di psicologia di cure primarie a Torino e in Piemonte hanno oramai una storia significativa (Aress, 2012): da oltre dieci anni, infatti, sono stati effettuati interventi e sperimentazioni al fine di dare una risposta soddisfacente all'importante malessere psicologico rilevato nell'area delle cure primarie.

Dal punto di vista istituzionale in Piemonte vari organismi nel tempo hanno mostrato una volontà di intervento in questo campo. Anzitutto la Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino ha istituito un insegnamento di Psicologia di Cure Primarie all'interno del Corso di Laurea magistrale in "Psicologia Clinica: salute e interventi nella comunità", primo e finora unico corso di studi di questo tipo in Italia.

La Scuola di Specializzazione in Psicologia delle Salute dell'università di Torino ha anch'esso introdotto un corso di psicologia di cure primarie.

L'Ordine degli Psicologi del Piemonte da tempo ha mostrato interesse verso il tema, a partire dal primo convegno organizzato sull'argomento nel settembre 2011, un secondo convegno *Per una psicologia di cure primarie*, aprile 2015, e poi continuato con altre iniziative (www.ordinepsicologi-piemonte.it/cure.primarie).

Nel 2007 un gruppo di cure primarie dell'allora ASL TO5 ha introdotto un servizio di psicologia presso i propri ambulatori; sempre in ASL TO5 è presente un servizio specifico di psicologia di cure primarie presso la struttura di psicologia. In ASL TO1 nel 2010 è sorto un servizio di psicologia di cure primarie in collaborazione tra un gruppo di medici di medicina generale, il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL TO1, e il servizio di psicologia clinica della stessa ASL. **Da ottobre 2019 è operativo il Centro Clinico Psicologico di Cure Primarie IPAP-ASL TO4, con sede ad Ivrea** (www.aslto4.piemonte.it).

I colleghi psicologi operanti nelle varie realtà piemontesi hanno quindi prodotto idee e sperimentazioni sul tema di grande interesse. Quello che è mancato – ancora una volta – è stata la determinazione del servizio sanitario regionale nel suo complesso ad esprimere una chiara volontà di intervento organico e di reale presa in carico del problema del disagio psicologico nelle cure primarie.

Caratteristiche fondamentali del progetto

L'intervento è attivo a Torino dal 2012 ed è stato realizzato da un gruppo di specializzandi e tirocinanti psicologi coordinati nell'associazione Pcp-Research¹, in collaborazione con l'ambulatorio di medicina di gruppo Capelli, l'ambulatorio di medicina di gruppo Foqus, e la direzione dell'allora ASL TO2.

Il nostro obiettivo è stato quello di realizzare un'esperienza di *cura collaborativa integrata e a gradini* realizzata all'interno delle strutture organizzative e cliniche più evolute della medicina di base, le associazioni di medicina di gruppo. L'intento era quello di offrire delle cure psicologiche appropriate e attente ai bisogni dei pazienti gravitanti in queste realtà, e di promuovere una fruizione più consapevole dei servizi sanitari presenti sul territorio.

Una delle caratteristiche fondamentali della psicologia di cure primarie è quello di essere un modello di intervento vicino al luogo di vita del paziente. Proprio per questo l'intervento si colloca principalmente a livello dei distretti sanitari e su una forte collaborazione con tutte le figure professionali presenti nelle associazioni di medicina di gruppo.

Il modello si fonda su alcuni concetti base caratteristici della psicologia di cure primarie:

- un approccio *multiprofessionale di team* alla cura del paziente,
- *un percorso terapeutico pianificato* e gestito dal team sanitario a seconda delle differenti patologie
- uno sviluppato modello di *comunicazione interprofessionale*
- la possibilità di inserire il paziente in un *percorso di cura a gradini* e a differenti livelli di intensità

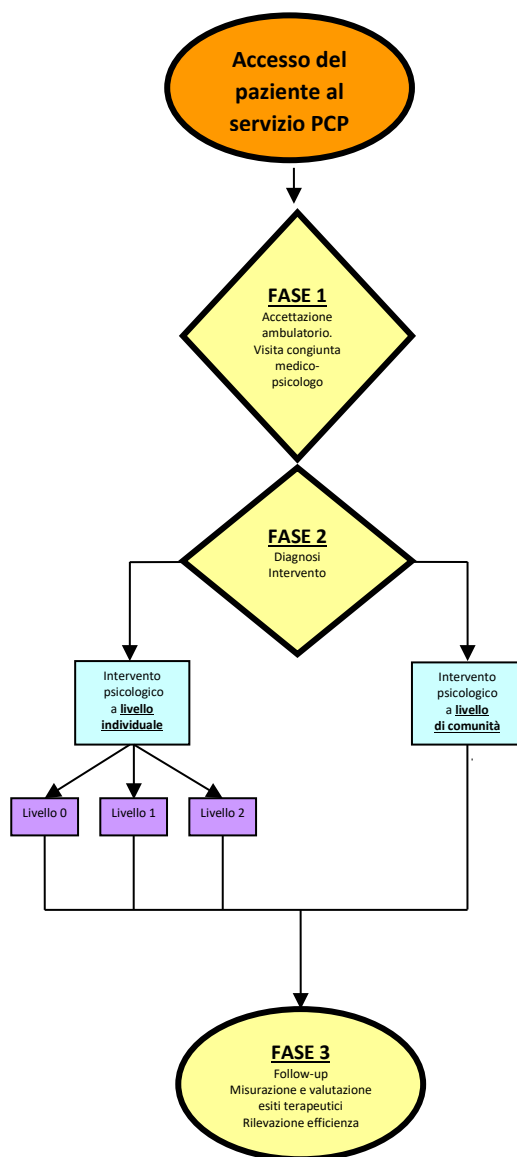
Mentre per quanto riguarda gli aspetti operativi, gli elementi fondamentali sono:

- Visite congiunte di medico e psicologo nell'ambulatorio; attività di diagnosi e di presa in carico congiunta
- Attività di consultazione psicologica, supporto su particolari situazioni life-events, ed attività di filtro e istradamento in differenti percorsi di cura
- Interventi psicologici supportivi e psicoterapeutici, individuali e di gruppo, a bassa e alta intensità
- Monitoraggio degli esiti tramite strumenti di rilevazione standardizzati
- Attività di follow up, di prevenzione e promozione stili di vita salutari.

Il seguente diagramma in figura 1 fornisce una rappresentazione visuo-concettuale del progetto e della relativa sperimentazione:

¹ Pcp-Research era una associazione dedita allo studio della psicologia di cure primarie. La medicina di gruppo Capelli riunisce 5 medici di medicina generale, 1 infermiera, personale amministrativo e di segreteria. Il bacino di utenza è di circa 5.000 pazienti. La cooperativa medica Foqus riunisce 4 medici di medicina generale, 2 pediatri di libera scelta, 1 infermiera, personale amministrativo e di segreteria. Il bacino di utenza è di circa 6.000 pazienti.

Fig. 1 – Diagramma del percorso-intervento descritto



Le fasi dell'intervento

Il progetto è suddiviso in tre fasi: la prima è costituita dalle visite congiunte medico-psicologo e dalla attività diagnostica, la seconda fase è di intervento, mentre nella terza fase ritroviamo l'attività di follow up, la misurazione e valutazione degli esiti terapeutici, la rilevazione dell'efficienza organizzativa ed economica e la presentazione dei risultati ottenuti. La tabella 1 fornisce una visione completa della tipologia degli interventi effettuati, seguendo lo schema del progetto.

Tab. 1 – Schema riassuntivo degli interventi effettuati

Fase 1		
Visita congiunta medico-psicologo	Attività diagnostica condivisa e definizione interventi	
Fase 2 : interventi di comunità		
Interventi di gruppo		Interventi psicosociali e psicoeducazionali
Gruppi di supporto al dolore cronico		Interventi di miglioramento del benessere fisico e psicologico dei pazienti attraverso la promozione di stili di vita salutari (es. sedute di yoga, ginnastica posturale, interventi di educazione sanitaria).
Fase 2: interventi individuali		
Livello 0 (2 pazienti)	Livello 1 (15 pazienti)	Livello 2 (5 pazienti)
Intervento psicologico con focus sulla crisi : si cerca di risolvere il problema individuando insieme al paziente un percorso da intraprendere per riuscire a fronteggiarlo.	Interventi a bassa intensità : colloqui di consultazione singoli volti all'identificazione dei problemi attuali di grado lieve o moderato, al far acquisire al paziente una maggiore consapevolezza e nuove strategie di problem solving; interventi di psicoterapia supportiva focalizzati sui life events; interventi di psicoterapia breve (da 2 a 6 sedute) per il supporto psicologico e la gestione dei sintomi negativi.	Interventi ad alta intensità : interventi di psicoterapia intermedia (da 6 a 20 sedute) e sessioni di DIT (Dynamic Interpersonal Therapy). Essi si concentrano su problemi maggiormente complessi, e sono tesi a migliorare la comprensione che il paziente ha del proprio problema.
Fase 3: follow up		
Colloqui di follow up vis a vis – colloqui telefonici – monitoraggio		

FASE 1: visite congiunte e attività diagnostica

Essendo il progetto modulato secondo il principio *stepped-care*, gli interventi proposti sono differenziati secondo l'intensità del trattamento e la severità del disturbo riportato.

La fase 1 riguarda le *visite congiunte* e la *diagnosi*. Una volta alla settimana il medico di famiglia viene affiancato durante le sue visite da uno psicologo. Vari avvisi in ambulatorio avvertono i pazienti della presenza del servizio di psicologia. Nella nostra esperienza, il paziente ha sempre accettato di buon grado la presenza dello psicologo a fianco del medico, ritenendo utile la presenza di due specialisti che collaborano insieme per migliorare il suo stato di salute.

La compresenza fra medico e psicologo non è scevra di difficoltà, soprattutto nella fase iniziale di collaborazione, quando non vi è ancora sufficiente conoscenza e apertura reciproca, e quando esiste ancora una certa riservatezza professionale e, soprattutto, una non-abitudine al lavoro di équipe.

Ma questa situazione sta progressivamente cambiando. Sempre più spesso, nelle realtà organizzative più avanzate della medicina di base, il lavoro di gruppo è diventato parte fondamentale dell'attività professionale dell'ambulatorio, e sempre più – specialmente nel contesto delle cure primarie – il lavoro di gruppo costituisce il fondamento dell'intervento terapeutico. L'immagine del medico di base isolato, che confida solo sul suo sapere (spesso acquisito molto tempo addietro) oramai non esiste quasi più. Le riserve professionali, il non confrontarsi con gli altri saperi clinici, la non abitudine alla collaborazione e al dialogo clinico non sono più accettabili.

Riteniamo invece che questo modello sia il modo più efficace per rendere concreto e reale l'approccio bio-psicosociale alla salute, e in particolare nella medicina di base. La complessità odierna dell'intervento clinico non sfugge neanche al paziente. Quest'ultimo inoltre è sempre meno turbato dalla presenza contemporanea di più persone, e dal fare riferimento a differenti professionisti.

Durante le visite la coppia medico-psicologo lavora congiuntamente, instaurando spesso un dialogo con il paziente teso a chiarire gli aspetti sia medici che psicologici della sua situazione di salute. Chiaramente le prime fasi della visita vengono gestite dal medico, ma in seguito possono avvenire differenti dinamiche:

- il medico chiede direttamente allo psicologo un parere sulla situazione del paziente;
- il paziente si rivolge direttamente allo psicologo per avere delucidazioni o pareri;
- lo psicologo interviene di sua iniziativa quando ritiene che vi siano aspetti psicologici importanti da evidenziare.

La valutazione e la diagnosi dei casi clinici vengono effettuate congiuntamente dalla coppia medico-psicologo sia durante le visite congiunte, sia durante apposite riunioni, in genere riservate ai casi più problematici. La decisione sull'intervento è sempre condivisa.

FASE 2: gli interventi

Gli interventi sono attuati sia a livello individuale sia a livello di comunità, e la loro caratteristica saliente, così come evidenziato anche dal diagramma a cui si fa riferimento, è la loro gradualità. Il percorso graduale si fonda sui seguenti assunti:

- realizzare una rapida valutazione del disagio psicologico;
- offrire inizialmente al paziente l'intervento meno invasivo e meno intenso;
- offrire l'intervento più appropriato per il tipo di severità del disturbo;
- attuare un costante e obiettivo monitoraggio dell'intervento;
- essere in grado di alzare (o abbassare) il livello di intervento a seconda della necessità;
- erogare una costante supervisione clinica e organizzativa per tutti i professionisti della salute mentale.

Gli interventi di comunità

A livello di comunità sono stati attuati interventi di gruppo, psicosociali e psicoeducazionali. Nella psicologia di cure primarie vi è una costante attenzione al doppio livello di intervento, collettivo e individuale, proprio perché si ritiene che il benessere mentale sia il risultato di una integrazione positiva fra i diversi aspetti biologici, psicologici e sociali, che si coniugano in forme peculiari e proprie in ogni soggetto.

In particolare nel progetto è stato attivato un gruppo di supporto al dolore cronico che è stato operativo per sei mesi². Il problema del dolore cronico è altamente presente nelle cure primarie, è una condizione fortemente disabilitante, e il fornire un supporto di gruppo a questi pazienti si è rivelato molto importante.

Gli interventi psicosociali e psicoeducazionali sono stati invece centrati sul miglioramento del benessere fisico, psicologico, personale e sulla promozione di stili di vita salutari. Sono state organizzate sedute di attività di rilassamento, yoga e ginnastica posturale, biblioterapia.

² Riteniamo interessante riportare i casi di questi pazienti, poiché sono altamente indicativi di quanto il tema del dolore cronico sia presente nei setting di medicina di base.

Paziente A, donna, 81 anni, casalinga, soffre di forti dolori diffusi fin da quando era piccola, soprattutto alla schiena e bruciore alle gambe, insonne da sempre; paziente B, maschio, 75 anni, camionista, sofferente di dolori da ernia e alla schiena che gli impediscono i movimenti; paziente C, donna, 70 anni, casalinga, dolore forte alla testa e alle spalle; paziente D, donna, 72 anni, sindrome della bocca urente (non poteva mangiare a causa della forte sensazione di bruciore per ogni alimento inserito in bocca).

Gli interventi individuali

A questo livello il paziente può beneficiare di trattamenti psicologici individuali. In alcune situazioni, infatti, è necessario un intervento di tipo individuale che varia di intensità e numero di sedute a seconda del tipo di problema incontrato dal paziente. Se esso dovesse risultare insufficiente, il paziente viene inviato ai servizi specialistici di riferimento.

I disturbi trattati sono stati principalmente due: stati ansioso-depressivi lievi e moderati, e disturbi dovuti a difficoltà nelle fasi del ciclo di vita. La coppia medico-psicologo dava indicazioni al paziente della opportunità di intraprendere un percorso breve di supporto psicologico a seguito del colloquio clinico, e coadiuvati dall'uso di alcuni questionari, in particolare il GHQ12, il GAD7 e il PHQ9

Il GHQ12 – General Health Questionnaire a 12 item (Goldberg e Blackwell, 1970) – viene utilizzato per misurare la qualità di vita, ed è erogato in tutti i primi colloqui. Il PHQ9 – Patient Health Questionnaire a 9 item (Kroenke, Spitzer, e Williams, 2001) e il GAD7 – Generalized Anxiety Disorder a 7 item (Spitzer, Kroenke, Williams e Lowe, 2006) – sono questionari specifici per la rilevazione rispettivamente della sintomatologia depressiva e quella ansiosa. Il PHQ9 e il GAD7 sono stati sviluppati da Robert Spitzer, Janet Williams e Kurt Kroenke. Robert Spitzer è stato uno dei principali artefici dello sviluppo del DSM (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders).

Gli interventi individuali vengono articolati in tre livelli:

- Interventi di tipo “0”: comprendono gli interventi sulla crisi. Il focus è sulla comprensione e risoluzione dello stato di crisi, accompagnato dalla individuazione di un possibile percorso terapeutico condiviso con il paziente.
- Interventi di tipo “1”: interventi a bassa intensità, comprendono i colloqui di consultazione singoli, gli interventi di psicoterapia supportiva e gli interventi di psicoterapia breve (da 2 a 6 sedute). I colloqui si concentrano sull'identificazione di problemi attuali di grado lieve e moderato, cercando di sviluppare maggiore consapevolezza e possibili strategie di soluzione. La psicoterapia supportiva affronta i life events che potrebbero aver creato problematiche al paziente mentre la psicoterapia breve si configura come un trattamento clinico vero e proprio. Il focus è sulla individuazione del problema centrale, sul supporto psicologico e sulla gestione dei sintomi negativi.
- Interventi di tipo “2”: interventi ad alta intensità, comprendono gli interventi di psicoterapia intermedia (da 6 a 12 sedute) e le sessioni di Dynamic Interpersonal Therapy – DIT, un intervento di psicoterapia dinamica interpersonale breve della durata di 16 sedute (Lemma, Fonagy e Target, 2011). Gli interventi di psicoterapia intermedia si concentrano su

problematiche maggiormente complesse, ma sono comunque tesi ad un'acquisizione da parte del paziente di una migliore consapevolezza del problema. La DIT è invece una psicoterapia psicodinamica breve basata su metodologie verificate sperimentalmente. Essa si configura come un intervento adatto per individuare, gestire e risolvere problemi di una certa rilevanza a carattere depressivo o ansioso.

FASE 3: monitoraggio trattamenti e follow up

In questa fase hanno rivestito un ruolo significativo il personale non medico, i tirocinanti e gli specializzandi presenti all'interno del team multidisciplinare, i quali hanno il compito di seguire i pazienti una volta terminato l'intervento individuale per monitorare il loro stato di benessere nel corso del tempo e prevenire eventuali ricadute.

Il follow-up è consistito in un colloquio, spesso telefonico, a cadenza mensile, per un totale di 6 mesi, e in un questionario finale atto a rilevare l'esito della terapia. Oltre al follow up e al monitoraggio della cura, il personale non medico si è occupato di altri compiti fondamentali, tra i quali:

- l'erogazione di interventi psicoeducazionali, di conoscenza e condivisione di informazioni sulle principali problematiche psicologiche in particolare legate al ciclo di vita;
- l'individuazione, la raccolta di informazioni e catalogazione delle risorse presenti sul territorio;
- l'instradamento ai servizi sociali e sanitari di comunità e ai vari percorsi di salute.

Alcuni risultati significativi del progetto

Ci è sembrato necessario fornire alcuni risultati di tipo economico e organizzativo ottenuti dall'intervento messo in atto. Vi sono varie motivazioni a questo scopo:

- avere una risposta il più possibile oggettiva sugli esiti di un intervento di psicologia di cure primarie sul territorio;
- disseminare e pubblicizzare i risultati avuti per promuovere maggiore consapevolezza e coinvolgimento a livello locale delle caratteristiche fondamentali di un tale intervento;
- offrire alla comunità scientifica alcuni dati che possano essere utilizzati come informazioni utili alla discussione e alla promozione di ulteriori iniziative simili, sia a livello nazionale che a livello internazionale.

Non abbiamo usufruito di alcun finanziamento e questo certamente ha influito sulla qualità della rilevazione dei dati. Questa è stata possibile grazie alla collaborazione di tutto lo staff degli ambulatori (medici, infermieri, amministrativi e segreteria) e di alcuni tirocinanti e specializzandi psicologi. La scelta di tali ambulatori è avvenuta sulla base della disponibilità espressa dello staff medico-sanitario di partecipare all'esperienza.

Gli obiettivi dell'intervento sono stati:

1. Erogazione di interventi psicologici di pcp per almeno 20 pazienti, distribuiti nei due ambulatori medici tramite trattamenti monitorati e verificati sperimentalmente. Gli interventi erano mirati al trattamento di stati di malessere ansioso-depressivo e situazioni di crisi nel ciclo di vita. Altri tipi di patologie non sono stati presi in carico.
2. Realizzare almeno due forme di intervento psicosociale/psicoeducazionale sul territorio e nella comunità.
3. Conseguimento di risultati significativi in termini di efficienza economica e di migliore utilizzo delle risorse sanitarie

Gli interventi eseguiti

Negli ambulatori di medicina di gruppo aderenti al progetto, nel periodo preso in esame che va da novembre 2013 a marzo 2015, sono stati effettuati un totale di 144 interventi. L'attività di affiancamento e diagnosi congiunta è stata costante nel periodo considerato e quindi rispetto a questa non abbiamo ritenuto di rilevare alcun dato, se non che l'attività si svolgeva settimanalmente. Per gli interventi psicosociali hanno aderito 14 pazienti: 11 coinvolti nei gruppi di supporto al dolore cronico e 3 al gruppo di rilassamento e postura. Inoltre, 3 persone assegnate ai trattamenti di questo livello sono state seguite nel follow up.

Se ci soffermiamo sui trattamenti psicologici individuali, sono stati interessati 22 pazienti per un totale di 144 sedute. Per 15 pazienti sono stati effettuati interventi brevi, da 1 a 6 sedute. Per 5 pazienti sono stati effettuati trattamenti ad alta intensità, da 6 a 16 sedute. 2 pazienti sono stati visti nell'ambito di interventi sulla crisi.

I risultati

Gli esiti dei risultati sono stati trattati e valutati secondo la metodologia dello studio naturalistico. I risultati presentati non sono quindi frutto di una procedura verificata sperimentalmente, ma nonostante ciò riteniamo possano

essere considerati come utili indicatori per comprendere alcuni effetti provocati dall'intervento di pcp.

Gli interventi individuali effettuati sono così caratterizzati:

- il 75% dei pazienti è stato interessato da interventi di consultazione o interventi molto brevi e a bassa intensità;
- il 25% dei pazienti è stato coinvolto in interventi brevi di media/alta intensità.

Questi risultati sono in linea con alcuni degli assunti fondamentali della psicologia di cure primarie, ossia che gli interventi psicologici brevi possono essere efficaci clinicamente e risolvere alcune problematiche psicologiche *prima* che queste possano esitare in patologie conclamate.

La funzione di filtro è quindi assolutamente rilevante, sia per quanto riguarda la tempestiva presa in carico delle problematiche evitando cronicizzazioni, sia per quanto riguarda indicazioni appropriate nel caso il paziente dovesse essere inviato a servizi di secondo livello.

Il medical cost offset

Un punto importante del progetto riguarda infine l'indagine che il *medical cost offset*, cioè la compensazione e diminuzione dei costi medici generali a seguito di un intervento psicologico, può generare sul sistema sanitario sia in termini di migliore efficienza organizzativa che in termini di vantaggi economici.

Per tutti i pazienti considerati nel periodo di tempo preso in esame sono state effettuate delle rilevazioni tre mesi prima e tre mesi dopo rispetto al trattamento psicologico ricevuto. Le rilevazioni sono state effettuate su alcuni indicatori molto importanti per il buon andamento dei servizi di salute nelle cure primarie:

- il numero di visite effettuate dai medici di medicina generale;
- il numero di prescrizioni farmacologiche;
- il numero di prescrizioni di visite specialistiche;
- il numero di accessi al pronto soccorso.

Questi indicatori si riferiscono ad alcuni aspetti cruciali del sistema delle cure primarie. La loro corretta gestione è di vitale importanza, sia dal punto di vista della efficacia clinica, sia dal punto di vista della efficienza organizzativa ed economica.

Riteniamo che gli interventi di psicologia di cure primarie, oltre a essere importanti dal punto di vista del benessere psicologico di vaste aree di popolazione che difficilmente hanno accesso ad aiuti di questo tipo, possano essere fondamentali anche per il miglioramento della efficacia clinica e della

efficienza organizzativa ed economica del sistema delle cure primarie.

I dati rilevati sul totale dei 22 pazienti considerati nel periodo preso in esame sono presentati nella seguente tabella:

Tab. 2 – Il medical cost offset del progetto

<i>Indicatori</i>	<i>3 mesi prima dell'intervento psicologico</i>	<i>3 mesi dopo l'intervento psicologico</i>	<i>Percentuale</i>
Visite medico MMG	25	19	- 24,0%
Prescrizioni farmacologiche	134	109	- 18,7%
Visite specialistiche	68	31	- 54,4%
Accessi al pronto soccorso	4	0	

Riassumendo, le variabili indagate sono state il numero di visite effettuate dal medico di medicina generale, sulle prescrizioni farmacologiche ad ogni paziente, sulle visite specialistiche prescritte e sul numero di accessi al pronto soccorso. Per ogni singolo indicatore sono state effettuate rilevazioni tre mesi prima e dopo l'intervento psicologico erogato per ognuno dei 22 pazienti considerati. Dai dati emerge che:

- le visite presso il medico di medicina generale (MMG) sono calate del 24%. Si è passati da 25 visite prima dell'intervento di pcp a 19 visite post intervento pcp.
- Sono stati prescritti meno farmaci (-18,66%, scendendo da 134 a 109 prescrizioni farmacologiche).
- Le visite specialistiche si sono più che dimezzate (-54,41%, da 68 a 31 invii).
- Gli accessi al pronto soccorso sono passati da 4 pre-intervento a 0 post-intervento.

Riteniamo che questi risultati siano altamente significativi della positività degli interventi di psicologia di cure primarie anche per quello che concerne una migliore organizzazione del servizio ed una migliore efficienza economica del sistema di cure primarie.

Nel dettaglio, risulta che ciò che è molto diminuito sono le prescrizioni di visite specialistiche, seguite dal numero di visite dal MMG e in seguito le prescrizioni farmacologiche.

Tutti questi indicatori possono essere letti sia come indici di un migliore stato di salute riportato dai pazienti a seguito dei trattamenti di psicologia di cure primarie, sia come un risparmio da parte del Sistema Sanitario Regionale su costi diretti derivanti dai problemi di natura psicologica.

Conclusioni

Il presente lavoro certamente risente di alcune criticità, soprattutto in termini di casistica e di validità sperimentale. Nonostante la consapevolezza di questi limiti, riteniamo comunque che questa esperienza possa fornire interessanti indicazioni su caratteristiche, modelli, punti di forza e criticità degli interventi di psicologia di cure primarie.

Possiamo citare i vari convegni della SIPSA degli ultimi anni, con numerosi simposi ad esso dedicati, così come numerosi interventi che i vari ordini degli psicologi regionali hanno proposto,

Il collegamento concreto della psicologia con il mondo della sanità è un compito oramai imprescindibile, e la psicologia di cure primarie è un tema che incontra comunque un notevole interesse; inoltre, dato anche il recente riconoscimento dello psicologo come professionista sanitario, è importante anche per la psicologia come disciplina e come professione.

La psicologia di cure primarie è quindi un naturale e solido argomento comune di lavoro con molte delle altre professioni sanitarie. È quindi molto importante sviluppare al massimo condivisione e conoscenza su questo tema, per arrivare, analogamente a quanto avviene in altre nazioni come Olanda, Regno Unito e Australia, a costruire un progetto su base nazionale di psicologia di cure primarie, organizzata dal Servizio Sanitario Nazionale e articolata nelle varie ramificazioni regionali.

Questa articolazione deve contemplare differenti modelli di implementazione di un servizio di pcp. A seconda delle differenti caratteristiche territoriali, di comunità, e di organizzazione locale dei servizi di salute, è possibile declinare la organizzazione della psicologia di cure primarie in modo differente. Ad esempio, la compresenza ambulatoriale non è l'unica forma di collaborazione possibile. Può avvenire che risulti complessa e di difficile realizzazione, a partire da preoccupazioni di privacy dei pazienti, a situazioni logistiche poco favorevoli, o che il medico ritenga molto importante mantenere una propria riservatezza professionale.

Una differente modalità di collaborazione consiste nel definire un percorso di invio strutturato, che preveda momenti di formazione iniziale comuni e l'utilizzo di strumenti diagnostici e valutativi che facilitino la presa in carico del paziente. Questa modalità è certamente molto gradita in particolare dai medici di famiglia per la sua agilità, immediatezza, e relativa facilità di applicazione. Viene utilizzata ad esempio a Ivrea (To) dal Centro clinico PCP, realizzato in collaborazione fra il servizio di Psicologia Adulti ASLTO4, l'Istituto di Psicologia Analitica e di Psicodramma (IPAP) e medici di famiglia afferenti al distretto sanitario di Ivrea. Modalità simili vengono utilizzate anche nell'esperienza veneta del progetto sperimentale dello

“Psicologo di Base” nei comuni di Schio (VI) e Pieve di Soligo (TV) (www.aulss6.veneto.it).

Per dare un contributo in questa direzione, riportiamo quanto da noi proposto nel recente Convegno della Società Italiana di Psicologia della Salute di Napoli (SIPSA 2019) riguardo a due problemi fondamentali della psicologia di cure primarie:

- il problema tecnico/clinico: quali interventi? I servizi di pcp debbono saper erogare interventi sia orizzontali e verticali, cioè interventi a bassa intensità su larga scala, più dediti a psicoeducazione, prevenzione e promozione della salute, così come interventi verticali, cioè interventi psicoterapeutici brevi rispetto a specifiche problematiche e patologie.
- Il problema organizzativo e burocratico: dove realizzare gli interventi? Con quale personale? La normativa è adeguata? La nostra proposta è quella di realizzare gruppi di psicologi esterni e convenzionati al Servizio Sanitario Regionale (SSR), in rapporto di uno psicologo ogni 12.000/15.000 abitanti, con normativa adeguata, che contempli anche una parziale contribuzione del cittadino (ticket di differenti tipologie), situata a livello distrettuale del singolo SSR, in collaborazione strutturata con la medicina di famiglia, le medicine di gruppo e l'evoluzione di tali strutture, ad esempio le Aggregazioni Funzionali di Territorio (AFT), o le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

Riferimenti bibliografici

- Aress (Agenzia regionale per i servizi sanitari Piemonte) (2012). *Indirizzi per l'implementazione dell'assistenza psicologica nelle cure primarie in Piemonte*. Scheda P.A.S. 2012 – n. 4.1.7.
- Atti del convegno SIPSA (2019). *Prospettive di Psicologia della salute*. Edizioni Melagrana, epub.
- Bray J., (2010). The future of psychology practice and science. *American Psychologist*, 65(5): 355-369. DOI: 10.1037/a0020273
- Goldberg D.P. and Blackwell B. (1970). Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br. Med. J.*, 1: 439-443. DOI: 10.1136/bmj.2.5707.439
- Kroenke K., Spitzer R.L. and Williams J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J. Gen. Intern. Med.*, 16(9): 606-613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lemma A., Fonagy P. e Target M. (2011). *Psicoterapia Dinamica Interpersonale Breve*. Milano: Cortina.
- Liuzzi M. (2010). *Per una psicologia di cure primarie*. Milano: CIS Editore.
- Liuzzi M. (2016). *La psicologia nelle cure primarie*. Bologna: Il Mulino.
- Lussetti M., De Lillai R., Mandrucci M., Taranto L., Paradisi G., Scotto R. e Cardamone G. (2011). *Il trattamento dei Disturbi Mentali Comuni (DMC): una nuova rivoluzione?*, www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it

- Molinari E., Pagnini F., Catelnuovo G., Lozza E. e Bosio A.C. (2014). Nuove frontiere per la psicologia clinica: lo psicologo in farmacia. *Giornale Italiano di Psicologia*, XLI, 1: 191-193.
- NICE (2009). Treatment and Management of Depression in Adults. Clinical Guideline 90. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, in www.nice.org.uk.
- Solano L. (2011). *Dal sintomo alla persona*. Milano: FrancoAngeli.
- Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W. and Löwe B., (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166 (10): 1092-7. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092
- Unterrichter R.E. (2015). *Lo psicologo per i cittadini. Teoria ed esperienze nel servizio di base*. Roma: Carocci.