

LO PSICOLOGO DELLE CURE PRIMARIE

24 Settembre 2016

Giuseppe Lavenia

Vice Presidente Ordine Psicologi Regione Marche

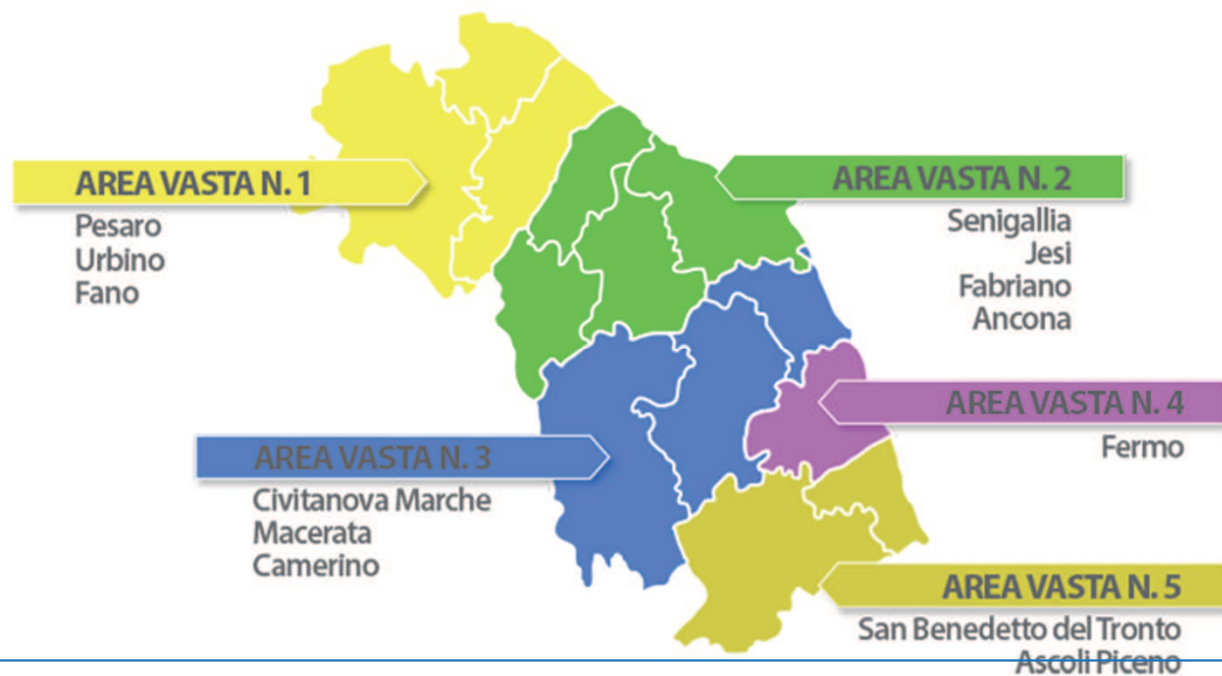
OPM una politica, una identità, una professione

10 maggio 2016 - Seduta n.29

Il Consiglio Regionale Assemblea Legislativa delle Marche
approva mozione n.106

**“Istituzione della figura dello psicologo delle
cure primarie – Benessere e risparmio”**

OPM una politica, una identità, una professione



Progetto sperimentale biennale

-5 psicologi per le 5 Aree Vaste della Regione non dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale,

*Opereranno in **collaborazione con i medici di medicina generale presso le strutture sanitarie pubbliche** privilegiando sia la complessità e criticità e la potenziale domanda delle città più grandi che la realtà degli ospedali di comunità, come luoghi strategici della riforma sanitaria e della risposta territoriale.*



-La spesa sanitaria legata al disagio psicologico e alla malattia mentale **aumenta** in maniera direttamente proporzionale alla **manca** di cure psicologiche primarie e di accessibilità ai servizi preposti (non presenti)

-La prevenzione e la tempestiva intercettazione e cura degli stessi produce un **risparmio enorme**.



Diminuzione della spesa sanitaria **per farmaci, per prestazioni e indagini fisico chimiche** superflue legate al disagio psicologico e malattia mentale più che alla reale patologia fisica

OPM una politica, una identità, una professione

In Italia **47.000** Medici di Base media di **1.143 assistiti** (2011)

sino al **70% dei pazienti** che richiedono un appuntamento dal medico **presentano problemi psicosociali** legati a tale richiesta (Gatchel and Oordt - APA, 2008)

il **35 % delle visite** non nasce da patologie, ma da problemi di natura psicologica.

Dei 1.143 assistiti in media

45-75 pazienti con **depressione**

53-60 pazienti con **disturbi d'ansia**

36-45 pazienti con **disturbi situazionali e reattivi**

2-3 pazienti con **schizofrenia**

4-5 pazienti con **depressione grave o disturbo bipolare**

3-4 pazienti con **demenza**

3-4 pazienti con **dipendenza da alcool o sostanze**

Non sono classificati tutti i disturbi sottosoglia, comportanti gravi disabilità e sofferenza soggettiva (Tansella e Di Girolamo, 2001).

40 anni di ricerca

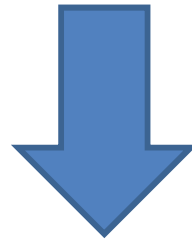
Cooperazione tra Medici e Psicologi nelle Cure Primarie

- Riduce il **carico di lavoro** del Medico di Base (del 48%)
- Riduce significativamente i **tempi di attesa** dei pazienti
- Riduce la **spesa sanitaria** per esami, visite specialistiche e farmaci (33% 47%)
- Riduce il ricorso a **esami, visite specialistiche** e uso di farmaci
- Riduce la frequenza delle **ospedalizzazioni** e dei **tempi di ospedalizzazione**
- **Aumenta** significativamente **il benessere psicofisico dei pazienti** (es. riduzione del 34% della mortalità cardiaca e del 29% del numero degli infarti)

Altri dati.....

- **4** delle 10 maggiori cause di disabilità nel mondo interessano area della salute Mentale (disturbi dell'umore, la schizofrenia, il deficit intellettivo, il consumo di droghe)
- La patologia psichica è la principale causa di povertà e **il principale problema di salute in età lavorativa nei Paesi ricchi** con conseguenze economiche rilevanti (in Gran Bretagna, ad esempio, le malattie mentali contano per il 40% di tutte le invalidità e per il 40% di tutti i casi di assenza dal lavoro;
- La Banca Mondiale stima che i costi economici dei disturbi mentali siano pesantissimi: la riduzione nella produzione economica dovuta a patologia psichica, a livello globale, vale **migliaia di miliardi di dollari**;
- Per la sola depressione è stato stimato un costo di almeno **800 miliardi di dollari nel 2010**, somma che in base al trend statistico potrebbe più che raddoppiare nel **2030**.

In ogni settore sanitario e socio-sanitario la prevenzione, la diagnosi precoce e più generalmente l'individuazione del “problema/causa scatenante”, il sostegno e il “contenimento” sono fondamentali,



Strategico l'investimento e lo sviluppo dei Servizi Territoriali al fine di intercettare la domanda prima che assuma la “fase acuta”

Che cosa è la psicologia delle cure primarie

Psicologia delle cure primarie

Finalità

- Contribuire alla **promozione del benessere psicologico** nella comunità, → la costruzione di una rete di collaborazione con la Medicina Generale e con i servizi di salute presenti sul territorio.
- Fornire **un primo livello di cure psicologiche** posizionato sul territorio, **accessibile, efficace, costo-efficace, integrato con gli altri servizi sanitari,**

Perché lo psicologo delle cure primarie ?

Grazie al contributo della ricerca in
medicina psicosomatica



**fattori di tipo psicologico intervengono quasi
sempre nei meccanismi di eziopatogenesi**

La presenza di patologie fisiche può essere
accompagnata da problematiche psicologiche
conseguenti allo stato di malattia.

Patologie mediche disagio psicologico

Diabete

Obesità

Asma

Cancro

Ipertensione e malattie cardiovascolari

disturbi dell'umore

disturbi del sonno

disturbi d'ansia

Dolore acuto cronico

Disturbi somato formi

disturbi gastrointestinali

Adhd

stress

abuso di alcool e sostanze psicotrope fum

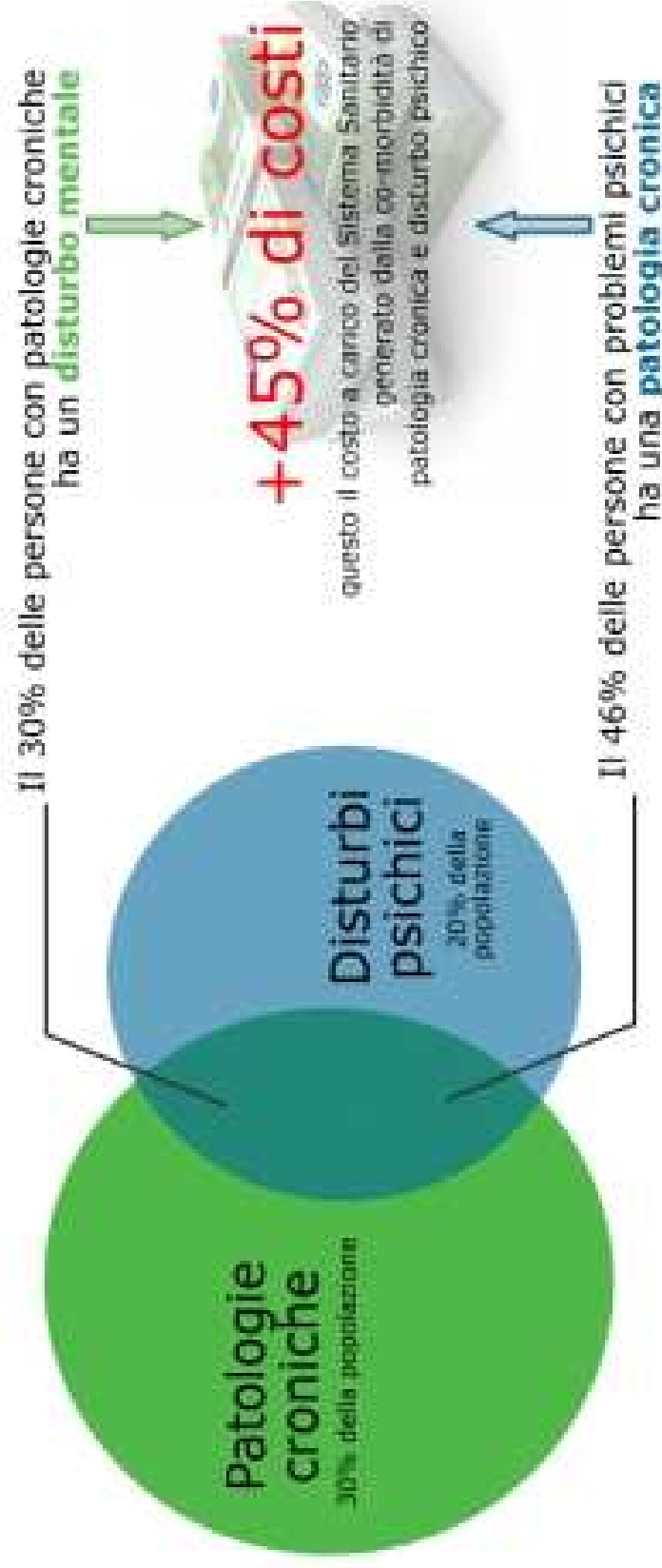
Disturbi sessuali maschili e femminili

Disturbi del comportamento alimentare

Cosa c'entra
lo psicologo ?

**Centre for
Mental Health**

Patologie croniche e Disturbo Psicologico



PATOLOGIA	PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE ASSOCIATE
DIABETE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resistenze a cambiamenti nello stile di vita ➤ Scarsa motivazione a cambiare lo stile di vita ➤ Scarso senso di autoefficacia ➤ Stress ➤ Ansia riguardo alle complicazioni ➤ Isolamento sociale ➤ Depressione
IPERTENSIONE E MALATTIE CARDIOVASCOLARI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resistenze a cambiamenti nello stile di vita ➤ Scarsa motivazione a cambiare lo stile di vita ➤ Scarso senso di autoefficacia ➤ Stress ➤ Ansia riguardo alle complicazioni ➤ Isolamento sociale ➤ Depressione

PATOLOGIA	PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE ASSOCIATE
DISTURBI GASTROINTESTINALI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stress e rabbia ➤ Disturbi d'Ansia riguardo alle complicazioni ➤ Depressione ➤ Problemi lavorativi ➤ Problemi familiari ➤ Disturbi del sonno
STRESS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ansia ➤ Depressione ➤ Dipendenza da fumo e alcool ➤ Disturbi del sonno ➤ Disturbi psicosomatici ➤ Cefalea tensiva o emicrania

PATOLOGIA	PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE ASSOCIATE
DISTURBI DEL SONNO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disturbi d'Ansia ➤ Disturbi dell'umore ➤ Abuso di alcool o caffeina ➤ Abuso di sedativi
DISTURBI SESSUALI MASCHILI E FEMMINILI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disturbi d'Ansia ➤ Depressione ➤ Ansia da prestazione ➤ Abuso di alcool o sostanze psicotrope ➤ Storia di abuso sessuale o fisico

PATOLOGIA	PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE ASSOCIATE
DISTURBI SOMATOFORMI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disturbi d'Ansia ➤ Depressione ➤ Abuso di sostanze ➤ Storia di abuso sessuale o fisico ➤ Disturbi di personalità ➤ Sintomi dissociativi (depersonalizzazione, flash back esperienze "Fuori dal corpo")
DOLORE ACUTO E CRONICO	<p>Il dolore è amplificato da problemi correlati allo stress, ansia, depressione rabbia problemi familiari problemi finanziari, disturbi del sonno (R.J. Gatchel, J.N. Weisberg 2000)</p>

PATOLOGIA	PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE ASSOCIATE
<p>DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (Anoressia bulimia alimentazione incontrollata)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ansia ➤ Depressione ➤ Stress ➤ Disturbo ossessivo compulsivo ➤ Disturbo del controllo degli impulsi ➤ Disturbo bipolare ➤ Dipendenza da sostanze ➤ Disturbi di personalità ➤ Obesità
<p>OBESITA'</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Depressione ➤ Disturbo da alimentazione incontrollata ➤ Disturbo da alimentazione notturna ➤ Basso livello di autostima ➤ Stress ➤ Immagine corporea negativa

PATOLOGIA	PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE ASSOCIATE
DISTURBI DELL'UMORE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disturbi psicosomatici ➤ Stress ➤ Ansia ➤ Rischio suicidio
ABUSO DI ALCOOL, FUMO , SOSTANZE PSICOTROPE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ansia ➤ Depressione ➤ Stress ➤ Disturbo ossessivo compulsivo ➤ Disturbo del controllo degli impulsi ➤ Disturbo bipolare ➤ Dipendenza da sostanze ➤ Disturbi di personalità ➤ Obesità

PATOLOGIA	PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE ASSOCIATE
ASMA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stress ➤ Depressione ➤ Ansia ➤ Basso livello di autoefficacia ➤ Personalità fobica
ADHD	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disturbo della condotta ➤ Disturbo oppositivo ➤ Disturbo dell'umore ➤ disturbo di personalità antisociale ➤ Abuso di sostanze ➤ Disturbi dell'apprendimento



La mancanza di psicologi e servizi di psicologia nel pubblico si traduce in:

- ✓ Maggiori complicanze ed oneri per la Sanità e i cittadini,
→ con un aumento dei costi per la famiglia (70,83%) e collettività (62,50%);
- ✓ Maggior ricorso a trattamenti diagnostici e terapeutici non necessario (43,75%);
- ✓ Aumento di ricoveri evitabili (31,25%).

**LO PSICOLOGO DELLE CURE PRIMARIE
INTRODUZIONE DELLA FIGURA PROFESSIONALE**

GRAZIE

OPM una politica, una identità, una professione

L' ESPERIENZA INTERNAZIONALE

Il modello Inglese

I.A.P.T.

IMPROVING **A**CCESS TO **P**SYCHOLOGICAL **T**HERAPIES

Jeremy Clarke

Membro del British Psychoanalytic Council

Dirigente servizio Newham IAPT di East London, sito pilota del progetto nazionale IAPT

National Adviser, IAPT;

National Clinical Lead, National Audit of NHS Psychological Therapies;

Membro esperto del NICE su Depression Guideline;

- **33 milioni** di sterline 2008-2009
- **70 milioni** di sterline 2009-2010
- **70 milioni** di sterline 2010-2011

totale di **173 milioni** di sterline in tre anni.

2001 grande trasformazione riorganizzazione del NHS
documento del Department of Health

“Shifting the Balance of Power within the NHS”

(spostare l’equilibrio del potere all’interno del sistema sanitario nazionale)

Realizzare tre obiettivi

- a. rendere prioritarie e più efficienti le cure primarie,
- b. decentralizzare e territorializzare i servizi sanitari,
- c. riorganizzare i servizi ospedalieri e in genere le cure di secondo livello, e superiore.

VALUE FOR MONEY



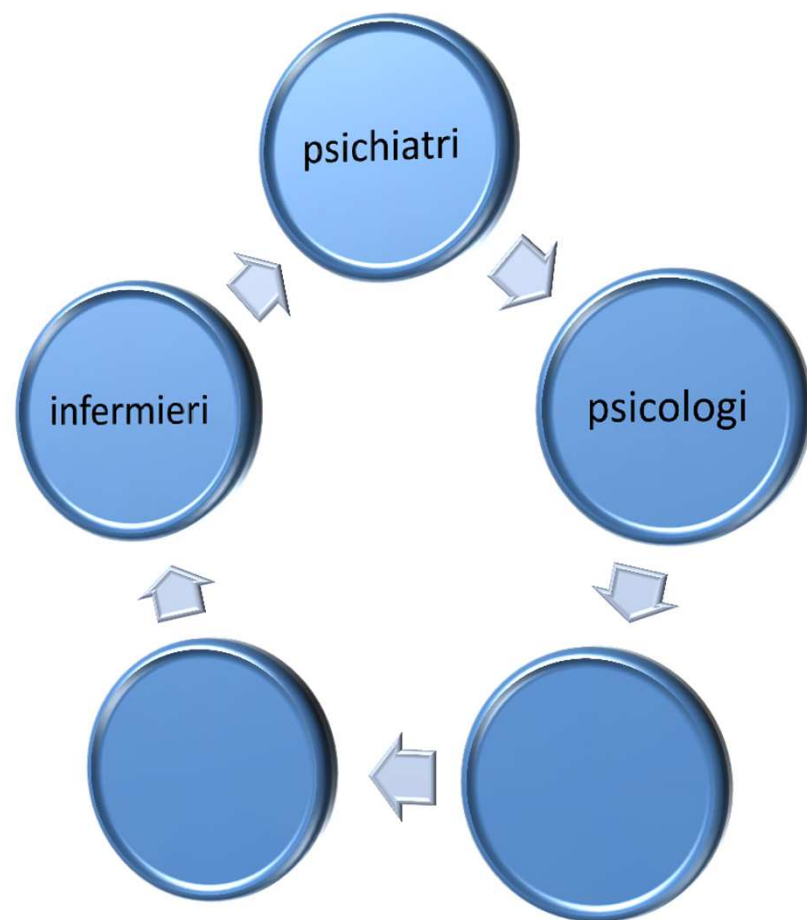
- **Attenzione ai costi**
- **Controllo della spesa**
- **Piano di rientro degli investimenti effettuati**

APPROPRIATENESS



- **Proper care**
Terapia appropriata per un determinato paziente.
- **Signposting**
Instradare l'utenza al giusto percorso
- **Evidence based therapies**
Basata su evidenze scientifiche
- **stepped care**
Gradualità di interventi

I.A.P.T. Modello multidisciplinare



- **Punto unico di accesso** che funziona come **filtro** ed **invio** ai servizi psicoterapeutici; punto unico vengono accolti gli invii dei medici di base e gli auto-invii.
- L'accettazione della richiesta può avvenire telefonicamente, per lettera, o ad opera di familiari previa autorizzazione dell'interessato;
- L'assessment viene condotto da personale relativamente esperto
- **Attività di signposting**, orientare i pazienti Al percorso terapeutico maggiormente adeguato. Costituito sia da interventi sanitari che da interventi psicosociali.
- l'adozione del modello **stepped care**, costruito su cinque livelli, in cui gli interventi IAPT si inscrivono nei primi tre gradini.

Stretta collaborazione con il MMG

- 1. Identificazione precoce e intervento tempestivo** sulle situazioni e sulle problematiche psicosociali che, se non elaborate adeguatamente, sono a elevato rischio per lo sviluppo di quadri psicopatologici (prevenzione primaria);
- 2. attuazione di un intervento di primo livello** nei casi di situazioni psicopatologiche già in atto, con particolare attenzione ai pazienti che hanno sviluppato un'espressione somatica del disagio psicosociale o che celano altri bisogni emotivo-relazionali dietro il sintomo o dietro la richiesta di farmaci, analisi strumentali, continue visite dal MMG e visite specialistiche (prevenzione secondaria);
- 3. gestione dei problemi legati all'adattamento**, (lutti, perdita del lavoro, separazioni, malattia cronica, patologia psichiatrica stabilizzata),
- 4. fasi del ciclo di vita** (adolescenza, terza età) e a disagi emotivi transitori (rapporti conflittuali all'interno del nucleo familiare o nell'ambiente di lavoro, disturbo da stress post-traumatico);
- 5. invio ai servizi specialistici** (per esempio, Struttura complessa di psicologia, Consultori familiari, Dipartimento di salute mentale e dipendenze) nel caso in cui emerga un quadro di disagio psicologico fortemente strutturato;
- 6. implementazione delle life skills** (competenze per la vita), **le capacità di coping** (fronteggiare) e **la resilienza** dei pazienti del MMG, anche attraverso il rafforzamento degli aspetti sani e le potenzialità delle risorse personali e psicosociali della persona;
- 7. Apporto a progetti di prevenzione della malattia e di promozione ed educazione alla salute** (stili di vita sani, aderenza alla terapia);
- 8. supporto al MMG in caso di presenza di conflittualità e rapporti difficili con l'utenza afferente** al suo studio o con gli altri membri dell'équipe ambulatoriale; mantenimento del contatto con i servizi specialistici (SC di Psicologia, DSM Dip) e con i servizi sociali territoriali.

La mozione



- 1) Promuovere nella Regione Marche la **sperimentazione** dell'istituzione della figura dello Psicologo delle cure primarie in collaborazione con i MMG per almeno due anni per rispondere alla finalità di favorire il benessere, la qualità della vita, l'appropriatezza e il risparmio delle risorse;
- 2) Favorire l'utilizzo, da parte del Medico di base, della **consulenza dello "Psicologo delle cure primarie"** in tutte quelle **situazioni in cui la relazione medico-paziente appare determinata, complicata o collegata a questioni di ordine psicologico**, quale figura incaricata di effettuare la diagnosi e di provvedere all'assistenza psicologica, posta a carico del Servizio sanitario nazionale. Analogamente, per i minori e nei casi specifici, favorire l'invio dei piccoli pazienti, da parte del pediatra di base, al neuropsicologo dell'età evolutiva e allo "Psicologo delle cure primarie". Il Medico di base resta, comunque, il solo responsabile dell'eventuale prescrizione di farmaci richiesti, ma coadiuva lo Psicologo delle cure primarie nel percorso di diagnosi e di cura della persona;
- 3) Istituire l'elenco degli Psicologi delle cure primarie dove, oltre all'indicazione del tipo di formazione psicologica dei professionisti iscritti, in una sezione speciale degli elenchi saranno indicati i professionisti in possesso di un'adeguata e specifica formazione professionale nel settore della neuropsicologia dell'età evolutiva riguardante minori che hanno subito maltrattamenti o abusi sessuali;
- 4) Assicurare l'accessibilità degli elenchi alle strutture del Servizio sanitario nazionale e agli utenti;
- 5) Adottare la progettualità di cui sopra come "Progetto Pilota" coinvolgendo le cinque Aree Vaste per garantire un approccio e una visione regionale;
- 6) Individuare per ogni Area Vasta una struttura sanitaria pubblica in cui attuare la sperimentazione e realizzare il progetto di collaborazione tra MMG e Psicologi delle cure primarie, prediligendo in base alla

- 7) Prevedere le risorse necessarie da destinare all'attivazione del rapporto di lavoro con cinque Psicologi delle cure primarie non dipendenti del Servizio sanitario regionale secondo le normative vigenti;
- 8) Chiedere all'Ordine degli psicologi della regione Marche la predisposizione dei requisiti professionali per poter accedere alla figura dello Psicologo delle cure primarie istituendo **un tavolo tecnico di confronto** tra l'Ordine degli psicologi e la Regione Marche per definire, nel rispetto delle reciproche autonomie, gli indirizzi da seguire nell'indicazione dei requisiti professionali necessari per selezionare le figure oggetto della mozione;
- 9) Chiedere **all'ENPAP** (Cassa di previdenza degli psicologi) la costruzione di un protocollo di buone prassi dedicato all'istituzione della figura dello Psicologo delle cure primarie a livello nazionale;
- 10) Predisporre un Protocollo regionale (linee guida generali) in collaborazione con la Regione, l'Università, l'Ordine degli psicologi e l'ENPAP coinvolgendo le massime esperienze nel settore;
- 11) Costituzione di un tavolo tecnico composto dall'ENPAP, Ordine degli psicologi, MMG, Servizio Salute e ASUR per l'applicazione del Protocollo regionale, la formulazione e declinazione operativa territoriale del progetto pilota;
- 12) Valutare la previsione, solo al termine della sperimentazione, dell'ipotesi del consolidamento ed estensione della nuova risposta sanitaria (servizio dello Psicologo delle cure primarie), conseguentemente ai risultati del progetto pilota e in coerenza con la situazione economica del Servizio sanitario regionale, nonché del pagamento di un ticket dedicato e stimato attentamente allo scopo di evitare che possa diventare una barriera all'accesso della prestazione”.