

Alla cortese attenzione del Presidente III Commissione Regione Puglia dott. ROMANO

Ai Componenti della III Commissione

Loro sedi

Oggetto: Pdl Regionale "Istituzione del servizio di psicologia di base e delle cure primarie"

Secondo l'Organizzazione Mondiale di Sanità, il sistema di cure primarie si dovrebbe fondare su alcuni concetti fondamentali, quali l'accessibilità, la continuità assistenziale, l'equità sociale di tutti i cittadini rispetto alle cure sanitarie, incluse quelle di salute mentale (WHO, 1990).

I dati della letteratura sul territorio Italiano mostrano che al MMG si rivolge il 90% dei cittadini per ricevere le cure sanitarie (Liuzzi, 2016).

La prima ricerca epidemiologica nazionale sulla depressione nelle cure primarie (Berardi, 2002) afferma che la prevalenza del disturbo depressivo (secondo la classificazione ICD-10) riscontrata negli studi degli MMG è dell'8,4%. Nello stesso studio emerge che il 41% dei pazienti che chiedevano una consultazione con il MMG dichiaravano problemi di natura psicologica o problemi familiari.

La depressione, inoltre, ha portato una frequenza elevata di visite negli studi dei 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 di salute mentale e psichiatrici (Curcetti, 2008).

Tuttavia, la cultura psico-sociale del medico spesso origina da una formazione sul campo tramite il contatto con i pazienti e non supportata da una formazione specifica: per il medico, pertanto può essere difficile per diversi fattori porre attenzione contemporaneamente alle dimensioni di tipo biologico e psico-sociale dei pazienti (Solano et al., 2015).

Innanzitutto, la possibilità del medico di dare una risposta di tipo psico-sociale al disagio portato dalla persona è resa difficile dalla differenziazione tra approccio al corpo e alla mente, con l'effetto che sovente i medici portano la loro attenzione sui sintomi fisici mentre presentano delle difficoltà nella gestione dei disturbi psichici comuni, ricorrendo alla prescrizione di analisi e alla somministrazione di farmaci.

Per esempio, la sintomatologia depressiva, spesso, non viene identificata in tempo dai medici di famiglia: già nel 2008 Berardi sosteneva che gli psicofarmaci non venivano utilizzati in modo ottimale, con ampio uso di sedativi e uso improprio di antidepressivi.



Ciò può comportare allora la persistenza o il peggioramento dei sintomi, con incremento esponenziale delle richieste d'intervento e quindi di spesa per il paziente o il servizio sanitario (Bass & Murphy, 1990; Shaw & Creed, 1991).

Balestrieri e colleghi (2004) ci dicono che se la patologia depressiva si presenta in maniera moderata o severa il medico di famiglia è sufficientemente in grado di individuare il disturbo depressivo, ma, qualora il disagio si presentasse in modo più lieve, il riconoscimento sarebbe decisamente più difficile.

I termini che vengono utilizzati dal paziente nel corso della prima visita, infatti, sembrano essere molto importanti nella formulazione della diagnosi: termini quali "tristezza" o "depressione" o loro sinonimi, permettono un raddoppio delle probabilità di ottenere una valutazione diagnostica corretta, mentre triplicano la possibilità di ricevere un trattamento (Liuzzi, 2016).

Purtroppo in genere accade che solo una minoranza di pazienti utilizza questi termini. La maggioranza riporta malessere di vario tipo (ad esempio insonnia e dolore cronico) aumentando quindi la prescrizione di sedativi invece di trattamenti di tipo psicologico (Liuzzi, 2016).

Infine, è necessario notare che le condizioni di lavoro dei medici di famiglia, l'alto numero di pazienti e di visite giornaliere e la scarsità di tempo a disposizione rendono complessa e difficile una buona procedura diagnostica (Wittchen & Pittrow, 2002).

Tutti questi fattori possono rendere difficile al medico riconoscere il disagio psicologico del paziente.

Una soluzione è l'integrazione interdisciplinare tra medicina e psicologia, che avviene però su irivio allo psicologo o richiesta di consulenza da parte del medico nei casi di disagio psicologico conclamato o di difficoltà nella relazione con il medico stesso.

Se in medicina l'invio ad altri specialisti (ad esempio per effettuare analisi cliniche) viene prescritto e il paziente devo solo aderire e prestare una collaborazione passiva, in psicologia il paziente per aderire deve trovare una motivazione personale. Non basta pertanto individuare il "bisogno" ma è necessaria la costruzione di una "domanda" (Solano, 2007).

Inserire la figura dello psicologo nello studio dei medici di famiglia permette di bypassare queste difficoltà, risultando la soluzione più utile, che permette di fornire una lente di lettura diversa anche al medico.

Affiancare lo psicologo al medico permetterebbe di completare la professionalità dell'uno con quella dell'altro, offrendo al medico il supporto di uno sguardo diverso e complementare.

Il compito della Psicologia delle Cure Primarie è quello di fornire un primo livello di servizi di cure psicologiche innovativo, accessibile, efficace, cost-effective, ed integrato con gli altri servizi sanitari, caratterizzato dunque da una buona qualità ma anche da costi contenuti e contraddistinto da una tempestiva presa in carico del paziente.

L'inserimento dello psicologo nelle cure primarie, in accordo con Liuzzi (2016) permetterebbe



quini il raggiungimento di diversi obiettivi:

- permette di intercettare i bisogni di benessere psicologico che spesso rimangono inespressi dalla popolazione, ma determinano costi sociali; come indica anche Solano (2011b) sarebbe possibile in questo modo intervenire in una fase del disagio iniziale, in cui non si sono organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico o organizzazioni intrapsichiche fortemente limitanti una realizzazione ottimale dell'individuo:
- si potrebbe inoltre garantire un accesso diretto a uno psicologo a tutta la popolazione, evitando il filtro della valutazione medica ed evitando altresì il rischio di essere etichettati come "disagiati psichici";
- di conseguenza si diminuirebbe il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione, costituendo un filtro per i livelli secondari di cure e per il pronto soccorso, dove molto spesso accedono impropriamente i pazienti;
- si potrebbe migliorare la qualità del trattamento psicologico di primo livello, fornendo un intervento appropriato al tipo di patologia riportata e rispettando le caratteristiche di personalità del paziente, offrendo un ascolto che prenda in esame, oltre alla condizione biologica, anche la situazione relazionale, intrapsichica e del ciclo di vita del paziente;
- infine, si potrebbe favorire un'integrazione di competenze tra medicina e psicologia, con arricchimento culturale di entrambe le figure professionali.

Rispetto ai modelli organizzativi, nell'ambito delle cure primarie sul piano nazionale e internazionale, si possono distinguere tre modelli diversi di integrazione tra psicologo e MMG, posizionati lungo un continuum di rapporto collaborativo (Blount, 2003):

- a) Relazione coordinata, per cui esiste un servizio di psicologia che scambia in modo abbastanza regolare le informazioni con i medici di base, 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. Molto del successo del rapporto dipende dall'impegno dei professionisti coinvolti.
- b) Relazione co-locata, in cui nello stesso setting sanitario vengono offerti servizi diversi (visite mediche, consultazione psicologica, consultorio etc.). La comunicazione e la relazione tra psicologo e medico diventano 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.
- c) Relazione integrata, in cui medico e psicologo lavorano come parte dello stesso team, condividono spazi e informazioni ed esiste un piano di cura integrato.

La realtà clinica offre situazioni in cui i tre modelli tendono a sovrapporsi, portando alla



realizzazione di un modello ibrido.

Se da un lato la possibilità di un accesso libero alla persona che sente il bisogno di risolvere le proprie problematiche psicologiche è utile e gradito, l'invio da parte del medico ad un consulto psicologico (così come trovarsi uno psicologo nella stessa stanza del medico), dà la possibilità a una parte di persone che fa fatica a formulare una domanda d'aiuto (per difficoltà di riconoscimento di disagio, stigma o problematiche economiche o ecc.) di avvicinarsi allo psicologo.

I dati relativi alle sperimentazioni finora svolte, però, sicuramente mostrano che:

- l'inserimento di questa figura nel Sistema Sanitario sarebbe importante per i pazienti, che avrebbero la possibilità di ricevere un aiuto psicologico, vicino e accessibile;
- per i medici di famiglia, che ridurrebbero i tempi delle visite;
- per II SSN in sé, per evitare sprechi e risorse, per risparmiare sui costi generali della salute e per promuovere salute e benessere, al fine sia di ridurre i costi indotti dal malessere (come ad esempio le assenze per malattia), sia di realizzare quello stato di benessere fisico e psichico auspicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Tuttavia, trasversalmente a tutte le esperienze maturate e promosse sia a livello italiano che a livello internazionale, l'elemento che accomuna la bontà delle sperimentazioni prodotte è la soddisfazione dei pazienti.

Aldilà del modello di sviluppo di assistenza psicologica nelle cure primarie, su cui varrà la pena aprire una approfondita e seria discussione scientifica e di impatto economico, la possibilità da parte dei cittadini di poter accedere alla consulenza con uno psicologo per attivare le proprie risorse personali e sociali, favorire processi di empowerment, gestire e superare adeguatamente le difficoltà legate al ciclo di vita o alla gestione di patologie croniche, è un grande passo in avanti per la tutela della salute dei cittadini.

Proprio perché al momento i modelli organizzativi delle sperimentazioni promosse finora hanno previsto modalità di accesso allo psicologo delle cure primarie a volte mediato dal medico, altre volte ad accesso libero, riteniamo che un testo di legge "estensivo" in cui possa essere garantito anche un accesso diretto al servizio di psicologia di base e delle cure primarie, al contrario di uno maggiormente "restrittivo" in cui è solo il medico e il pediatra di libera scelta ad effettuare un invio, con tutti i possibili limiti che abbiamo menzionato finora, possa essere un punto di equilibrio accettabile per definire dopo l'approvazione della legge, le specifiche modalità di attuazione e di sviluppo del modello organizzativo del servizio, che siano le più utili e sostenibili per rispondente alle esigenze di salute dei cittadini pugliesi.

Varon Coforfe

Bari 24 ottobre 2019



#### **AltraPsicologia**

Associazione di politica professionale. Esplica il suo impegno nelle istituzioni e nella società per l'informazione, la tutela e la promozione della psicologia in tutti i settori, amministrando l'ENPAP, l'ente di previdenza degli psicologi, e diversi Ordini regionali.

Per info:

Email: <a href="mailto:gruppoaltrapsicologiapuglia@gmail.com">gmail.com</a> <a href="mailto:www.altrapsicologia.it">www.altrapsicologia.it</a>

Facebook: https://www.facebook.com/groups/altrapsicologiapuglia/

Tel: Giuseppe Vinci (329.0548607) – Victor Laforgia (380.3114710)

#### **Bibliografia**

Balestrieri, M., Carla, M., Leonetti, S., Sebastiani, G., Starace, F., Bellantuono, C. (2004). Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care, in "Soc. Psychiatry Psichiatr. Epidemiol.", n.39, pp. 171- 176.

Bass, C., Murphy, M. (1990). The chronic somatizer and the government white paper (Editorial), Journal of the Royal society of medicine, 83, 203-205.

Berardi, D., Leggieri, G., Ceroni, G. B., Rucci, P., Pezzoli, A., Paltrinieri, E., ... & Ferrari, G. (2002). Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. Family Practice, 19(4), 397-400.

Berardi, D. (2008). Cure primarie e disturbi psichiatri comuni: una risorsa per la salute mentale?, Relazione al convegno annuale della Società italiana di Epidemiologia Psichiatrica, Perugia.

Blount, A. (2003). Integrated primary care: Organizing the evidence. Families, Systems and Health, n.21, pp. 121-133.

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

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

Shaw, J., Creed, F. (1991). "The cost of somatization", Journal of psychosomatic research, 35, 307 – 12.

Solano, L., Di Trani, M., Ferri, R., & Renzi, A. (2015). Offrire risposte dove emerge la domanda: lo psicologo di base nell'assistenza sanitaria primaria. Ricerche di Psicologia.

Solano, L., Fayella, P. (2007). Medico e psicologo insieme in studio. Occhio clinico, 7, 20-22.

Wittchen, H.,U., Pittrow, D. (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study, in Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp., n.17, pp. 1-11.

World Health Organization (WHO), The introduction of a mental health component into primary health care. WHO Publication, Ginevra, 1990.