

La Psicologia nel Servizio Sanitario Regionale

documento aggiornato al 25.02.15

Sommario

“ADEGUAMENTO ATTIVITA’ PSICOLOGICHE PER LE FINALITA’ DEL SSR” - Proposte	2
ALLEGATO “A” – DOCUMENTO GENERALE	9
1. Le finalità del presente lavoro.....	9
2. Il dirigente psicologo nel SSN	10
3. Psicologia e scenari del SSN	14
4. Situazione regionale.....	17
4a. I riferimenti programmatici	17
4b. Riferimenti organizzativi	22
5. Benchmarking: l’esempio della Toscana e del Piemonte	25
5a. La situazione nella Regione Toscana.....	25
5b. La situazione nella Regione Piemonte.....	27
6. Conclusioni: potenzialità e criticità	31
7. Le evidenze scientifiche sull’impatto e le ricadute cliniche ed economiche degli interventi psicologici	36
7b. Approfondimenti.....	37
<i>Le evidenze scientifiche sull’impatto e le ricadute cliniche ed economiche dell’assistenza psicologica nel SSN</i>	<i>37</i>
<i>Ricadute economiche degli interventi psicologici.....</i>	<i>58</i>

“ADEGUAMENTO ATTIVITA’ PSICOLOGICHE PER LE FINALITA’ DEL SSR” - Proposte

Le proposte che seguono derivano dal mandato del gruppo, così riassumibile:

1. analizzare come gli attuali bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione umbra e la programmazione nazionale e regionale (in particolare: adempimento Patto Salute, nuovi LEA, criteri per l’accreditamento delle strutture sanitarie, priorità e normative regionali) impattano le competenze psicologiche;
2. valutare di conseguenza la congruenza tra l’obiettivo di cui al punto 1 e l’attuale allocazione delle competenze professionali di area psicologica al fine della loro ottimizzazione.

E discendono dalle analisi (normativa, indicazioni PSR, situazione umbra, valutazione comparative con altre regioni, evidenze) che vengono riportate nel documento generale in allegato A.

I nuovi bisogni e le nuove sfide

Il Patto per la Salute 2014-16, che nelle premesse generali sottolinea:

- “Va potenziato l’intero sistema di governance della sanità per assicurare la sostenibilità del Ssn, per garantire l’equità e l’universalità del sistema nonché dei Lea in modo appropriato e uniforme”
- “Il Patto, nel rispetto della *centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale*, impegna le Regioni e le Province autonome ad attuare interventi di umanizzazione delle cure che comprenda, tra l’altro, un progetto di formazione del personale e un’attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente all’area critica, alla pediatria, alla comunicazione, all’oncologia e all’assistenza domiciliare”.
- “il Patto conviene sull’importanza di ridefinire ruoli, competenze e relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe, per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti”.
- Il Patto inoltre definisce specifiche linee di azione per la lotta al dolore e l’assistenza alle persone con patologie croniche, settori nei quali sono evidenti le esigenze di una integrazione degli aspetti ed interventi psicologici.

La proposta relativa ai nuovi LEA recepisce e dà applicazione alla cornice tracciata dal Patto per la Salute, in particolare:

- Amplia il quadro degli interventi e gli obiettivi degli stessi secondo una logica centrata sulla persona ed i suoi bisogni di salute. Particolare enfasi viene posta rispetto ai problemi non solo strettamente medici ma anche sulla necessità di assicurare adeguata assistenza psicologica della donna, dei minori, della coppia, della famiglia, dei soggetti con particolari fragilità.
- Evidenzia la necessità che una serie di soggetti (minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, persone con disturbi mentali, con disabilità, con dipendenze patologiche) abbiano valutazioni ed interventi di carattere psicologico e psicoterapico, accanto agli altri.
- Promuove e punta a garantire al cittadino-utente un approccio sanitario più globale ed integrato ai diversi livelli dell'assistenza. Oltre a ciò i LEA prevedono una forte ed articolata integrazione tra aspetti ed interventi sanitari e sociali, aspetto che valorizza il ruolo peculiare dello psicologo in quanto operatore sanitario a forte vocazione sociale.

L'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Atti n.259) sui criteri per l'accreditamento delle strutture sanitarie prevede una serie di requisiti per le strutture sanitarie che chiamano in causa gli aspetti e le competenze psicologiche, in particolare:

- Punto 1.2 “programmi per lo sviluppo di reti assistenziali”, in particolare riferimento alla continuità assistenziale, alla integrazione socio-sanitaria, alla realizzazione delle cure palliative e di terapia del dolore.
- Punto 5.2 “valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione attraverso l'analisi del clima organizzativo”
- Punto 5.4 “coinvolgimento dei pazienti, dei familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali”
- Punto 5.5 “modalità di ascolto dei pazienti”
- Punto 6.3.6 “comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione di un impatto di evento avverso sugli operatori”
- Punto 8 “programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza”.

In particolare il punto 8.1.1 prevede “attività orientate all'accoglienza dei pazienti considerando le particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, come bambino in ospedale, supporto psicologico in situazione specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza”; il punto 8.1.2 “programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari, la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali del counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di “cattive notizie”).

Si tratta di indicazioni che vanno nella direzione di implementare l'attuazione delle politiche regionali indicate nella prima parte del PSR vigente sulla “persona al centro del sistema per la salute” che vengono riportate al punto 4 del documento in allegato “A”, che tengono conto dei nuovi bisogni assistenziali nel campo del disagio psicosociale e dei disturbi psichici, della gestione

della cronicità, della necessità di attivare una “Sanità di iniziativa” in grado di attuare nuove modalità di intervento.

Tenuto conto che l’Intesa Stato-Regioni del 13.11.14 sulla “istituzione di una cabina di regia sulla regolazione della vita professionale ed organizzativa degli operatori del SSN” prevede come “i profili professionali della dirigenza sanitaria (psicologi), ferme restando le specifiche competenze professionali previste dai rispettivi ordinamenti, concorrono in maniera rilevante alla effettuazione e sviluppo dei percorsi di diagnosi, cura e assistenza in ambito sanitario e contribuiscono alla integrazione nei sistemi complessi in ambito multi-professionale, anche alla luce della costante evoluzione tecnico-scientifica”.

Concetto già contenuto nella legge regionale n. 18/2012 che afferma con chiarezza (art.1, commi 2, 3, 4, 5) tali principi, indicando di voler perseguire “la valorizzazione del ruolo e responsabilità degli operatori sanitari per la promozione della qualità”. Privilegiando modelli organizzativi a rete, percorsi assistenziali integrati, la piena uguaglianza nel godimento delle prestazioni e la partecipazione degli utenti.

Gli aspetti psicologici nel sistema sanitario

Quando si parla di “aspetti psicologici” è necessario fare riferimento non ad una visione ristretta ed ampiamente superata, ma alle effettive attività – documentate e basate sulle evidenze – svolte dagli Psicologi e richiamate sia nelle pagine precedenti che nella letteratura allegata al presente documento. L’obiettivo fondamentale che appare necessario perseguire è quello del raggiungimento del miglior rapporto costo-benefici nella organizzazione ed erogazione delle attività di ambito psicologico nel contesto del sistema sanitario.

La diffusione di conoscenze e competenze psicologiche al servizio del sistema in relazione ai bisogni che lo stesso deve soddisfare che può essere declinata come segue:

- nel buon uso delle conoscenze psicologiche da parte di tutto il Sistema e degli operatori, al fine di assicurare il miglioramento *dell’appropriatezza intesa come sintesi dell’efficacia ed efficienza delle cure*. Esistono ormai adeguate evidenze sul fatto che ogni outcome terapeutico dipende dall’effetto di una componente biochimica o altro atto tecnico (es. chirurgia) e da una componente psicorelazionale, così come la valutazione delle componenti soggettive è necessaria per la personalizzazione della cura e per la qualità relazionale della stessa. In questo ambito gli Psicologi devono assicurare al Sistema una adeguata attività di formazione, di valutazione dei processi e percorsi e la definizione e implementazione di opportune strategie di miglioramento della performance collettiva ed individuale.
- Nella adeguata ed efficace utilizzazione di strategie basate su teorie e modelli psicologici o definite in ambito psicologico e rivolte agli utenti o agli operatori (ad es. strategie di comunicazione, miglioramento relazionale, empowerment, educazione terapeutica,

problem solving, management, team working, psychosocial related risk management, ecc). In questo ambito agli Psicologi spetta, oltre allo svolgimento diretto di queste attività, un ruolo di formazione, consulenza e supervisione.

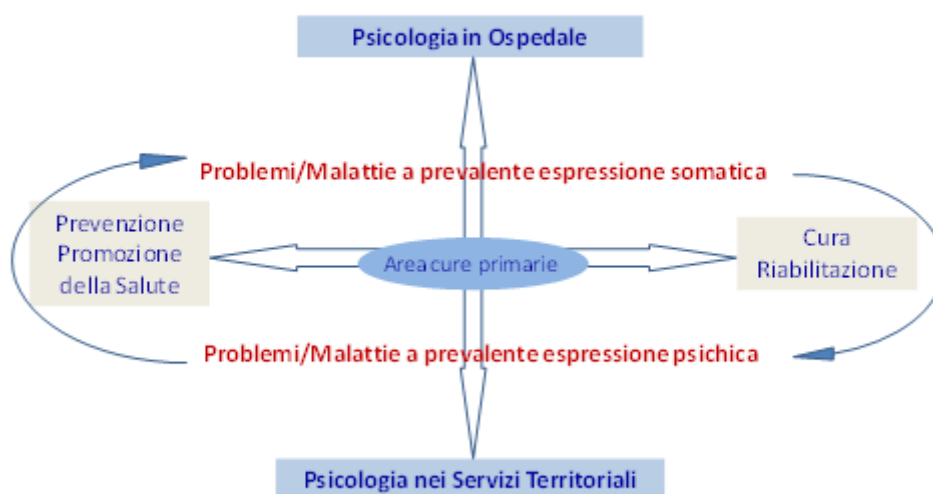
- Nella erogazione di interventi psicologici di promozione della salute, di prevenzione, diagnosi, cura, supporto e riabilitazione. La legislazione vigente riserva agli Psicologi ed agli Psicoterapeuti lo svolgimento di tali attività che tuttavia dovrebbero essere svolte secondo criteri di efficacia, equità e costi-benefici. *Questo richiede che gli Psicologi siano messi nelle condizioni sia di dare conto dei loro interventi con sistemi mirati e adeguati di rilevazione e monitoraggio ma anche che siano nella possibilità di definire le migliori condizioni operative per la effettuazione di tali attività, allocazione ed organizzazione delle stesse, nel rispetto degli obiettivi generali del Sistema Sanitario di integrazione, appropriatezza e ottimizzazione.*

Nelle attività ed interventi di specifica pertinenza psicologica (vedi precedente ultimo punto) rientrano tutti gli interventi di ambito psicologico che interessano gli utenti del sistema (cittadini, utenti con specifici problemi psichici e/o fisici, i loro caregiver), gli operatori, le organizzazioni.

L'articolazione di queste attività può essere rappresentata secondo lo schema illustrato nella tabella 6-7, che rappresenta le principali polarità di erogazione e competenza specialistica. Nella dimensione orizzontale abbiamo la differenziazione per tipologia di attività (dalla promozione della salute e prevenzione sino alla cura e riabilitazione), nella dimensione verticale per ambito di intervento (dal territorio all'ospedale). L'intersezione tra queste due dimensioni rende evidente che nella Psicologia territoriale abbiamo una prevalenza di interventi relativi a problemi o patologie ad espressione prevalentemente psichica (l'85% degli Psicologi opera nella salute mentale, nell'età evolutiva o nelle dipendenze), mentre nella Psicologia ospedaliera abbiamo una prevalenza di interventi su problemi o patologie a prevalente espressione somatica. Questa "matrice" rende evidente peraltro una distribuzione di competenze psicologiche che rispondono alla necessità di una adeguata specializzazione anche in questo ambito. Allo Psicologo viene infatti richiesta una specializzazione per l'ingresso nel SSN e che la Psicologia è stata necessariamente interessata ad una diversificazione e sviluppo specialistico che ne ha approfondito e differenziato le competenze.

Tabella 5.7: Modello di sintesi delle attività psicologiche per tipologia, ambito e settore.

Tabella – Matrice delle attività di Psicologia



La tabella 5.7 mostra come l'area delle cure primarie si pone all'incrocio dei diversi ambiti e settori, ad essa pertanto dovrebbe fornire attività e consulenza in maniera differenziata per competenza il settore della psicologia clinica, dell'età evolutiva e delle dipendenze da un lato e il settore della Psicologia sanitaria ed ospedaliera dall'altro.

Gli operatori psicologi, operando con un approccio globale bio-psico-sociale, si propongono un duplice obiettivo nell'ambito della psicologia della salute ed in quello della cura del disagio psicologico:

- agire in senso preventivo, a livello personale-familiare-gruppo, attraverso la valorizzazione e l'attivazione delle risorse personali e della rete di supporto familiare e sociale, promuovendo una visione della persona come soggetto auto-organizzatore di salute e dotato sempre di capacità curative;
- agire in senso diagnostico, terapeutico e riabilitativo, aiutando il paziente-famiglia-gruppo a valorizzare la dimensione soggettiva della sua sofferenza, favorendo i processi di integrazione del sé e supportandolo nella attivazione delle sue potenzialità evolutive.

L'attività clinica viene svolta in setting individuali, familiari, coppia e di gruppo; lo psicologo singolarmente e come parte di equipe multidisciplinari - tramite l'adozione di protocolli operativi e insieme allo sforzo di altri professionisti (psichiatra, neuropsichiatra infantile, medico specialista ospedaliero, medico di base, infermiere, ostetrica, tecnici della riabilitazione, educatore ed assistente sociale) - a orientare il proprio lavoro verso obiettivi riguardanti:

- la salute e il benessere intrapsichico dell'utente,

- il “funzionamento” della persona in relazione ai rapporti interpersonali, di natura affettiva, lavorativa e sociale.

I principali obiettivi che consentono di comprendere le dimensioni e le sfaccettature dell'attività clinica ivi svolta sono:

- Analisi dell'invio (intra-istituzionale o territoriale);
- Analisi della domanda Analisi del disagio/problema/profilo psicopatologico presentato dall'utente;
- Programmazione della risposta professionale offerta.

Le forme organizzative per l'integrazione

Alla luce di quanto sopra appare necessario disporre di idonei strumenti per ottimizzare la implementazione dei LEA nelle tematiche ove concorrono le professionalità psicologiche all'interno di modalità organizzative innovative ed adeguate ed approcci operativi maggiormente integrati, al fine di assicurare una maggiore omogeneizzazione con l'esistente e potenziare le attività del sistema sanitario regionale, anche nell'ottica della complementarità socio-sanitaria.

A tale fine si rileva opportuno disporre di una modalità coordinata per l'ottimale utilizzazione delle competenze psicologiche ai diversi livelli e per le attività necessarie ad una adeguata implementazione ed aggiornamento di tali professionalità, della loro integrazione nei diversi contesti e strutture operative e collaborazione interprofessionale.

Per concretizzare quanto sopra si propone di dare indicazioni alle due USL per l'attivazione di una struttura organizzativa aziendale di coordinamento collocata in staff della Direzione, con le seguenti funzioni:

- Coordinamento delle attività psicologiche gestendo le risorse professionali e di budget assegnate in funzione degli obiettivi concordati;
- Formazione e aggiornamento, ricerca, valutazione del personale assegnato.
- Definizione di modelli operativi, protocolli di intervento, definizione di progetti innovativi e implementazione delle attività, secondo criteri di sinergia e costo-benefici e in una logica sistemica a rete, in raccordo con le UUOO e la direzione aziendale

Gli obiettivi ai quali viene prioritariamente finalizzata l'attività sono:

- Potenziamento delle attività aziendali ed attuazione dei LEA per quanto concerne “l'assistenza psicologica della donna, dei minori, della coppia, della famiglia, dei soggetti con particolari fragilità”;

- la valutazione ed intervento psicologico e psicoterapico nei confronti di “minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, persone con disturbi mentali, con disabilità, con dipendenze patologiche”;
- Definizione e monitoraggio di protocolli operativi per la valutazione e l'intervento psicologico e psicoterapico che garantiscano la continuità assistenziale tra i Servizi per l'Età Evolutiva ed i Servizi di Salute mentale per gli adulti
- Supporto alla costruzione di buone prassi operative di integrazione e collaborazione con il sociale sanitario e di ambito nei progetti e nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria
- la collaborazione per gli aspetti psicologici all'adeguamento delle attività in ottemperanza ai criteri stabiliti per l'accreditamento delle strutture sanitarie, in particolare nei punti sopra specificati;
- la collaborazione alla attuazione di nuovi modelli di integrazione nelle cure primarie e tra gli aspetti sanitari e sociali.

Alla struttura organizzativa aziendale afferiscono gli psicologi in ruolo e a vario titolo operanti nell'Azienda, fatta salva la loro collocazione nei diversi contesti aziendali multidisciplinari e gli incarichi ricoperti.

Per quanto concerne le Aziende Ospedaliere, in relazione alla prospettata integrazione interaziendale su molti qualificanti aspetti ed alle ridotte dimensioni numeriche degli psicologi interessati, si propone una unica struttura avente analoghe caratteristiche di quelle sopra definite e che può fare riferimento alla realtà esistente nel polo ternano.

Gli obiettivi assistenziali ai quali viene finalizzata prioritariamente l'attività sono quelli sopra specificati per quanto applicabili al contesto ospedaliero. La struttura di coordinamento ospedaliera dovrebbe altresì promuovere il raccordo con i coordinamenti territoriali per la necessaria implementazione, in una logica di rete, delle attività in ambito ospedaliero (ospedali di territorio) e nel campo della psicologia sanitaria (attività nel campo delle patologie croniche, del dolore, ecc.) .

Appare inoltre opportuno che vi sia un riferimento a livello regionale per assicurare la collaborazione con gli Uffici regionali per quanto concerne la implementazione e il raccordo delle attività psicologiche in relazione alla programmazione regionale, ed in particolare la disseminazione delle buone pratiche, delle linee-guida e delle indicazioni della letteratura scientifica, di modelli operativi basati sulle evidenze, la definizione dei livelli essenziali di assistenza per le attività psicologiche, la collaborazione con le reti cliniche. Tale riferimento può far capo al gruppo di lavoro dei referenti aziendali che hanno redatto il presente documento e ai responsabili delle strutture organizzative aziendali.

ALLEGATO “A” – DOCUMENTO GENERALE

1. Le finalità del presente lavoro

L'intensità degli sforzi che il risanamento della finanza pubblica ha richiesto al SSR, concentrando l'attenzione di tutti gli attori sulla prevalente dimensione finanziaria, ha rischiato di distogliere l'attenzione dai problemi concreti quotidiani e dalle prospettive necessarie di sviluppo e cambiamento del portafoglio dei servizi sanitari necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione, proprio in un momento storico in cui le dinamiche che da tempo sperimentiamo sul fronte delle risorse, dei bisogni, della tecnologia e del sapere, della domanda, delle attese e dei comportamenti dei cittadini, disegnano per il futuro un quadro profondamente diverso da quello del passato e impongono nuove soluzioni.

In uno scenario di questo tipo una comunità professionale può optare per due strade strategiche alternative:

- a. attendere l'evolvere del contesto privilegiando un posizionamento strategico di tipo “pull”, cioè di attesa, “tirato” dalle eventuali opportunità che di volta in volta potrebbero aprirsi nei diversi contesti organizzativi ed a livello regionale, di fatto sviluppando il proprio futuro attorno ad una strategia di difesa del “territorio” basata sul cogliere opportunisticamente gli spazi di azione che si rendono disponibili.
- b. Prendere posizione all'interno del dibattito in atto sul cambiamento necessario alla sostenibilità del SSR umbro adottando un approccio “push”, cioè di elaborazione e formulazione di una proposta di posizionamento strategico.

Il risultato del primo approccio è evidentemente una situazione di ulteriore crescita nella disomogeneità dell'offerta di servizi e nelle soluzioni e scelte organizzative sottostanti il modello di lavoro della psicologia, con un chiaro indebolimento della posizione complessiva della comunità professionale (che non può esprimere una posizione unitaria in merito al portafoglio - cosa, come, quando, per chi - delle attività da erogare condivisa e collegabile al dibattito sulla appropriatezza e sostenibilità della sanità pubblica). Ma soprattutto questa strada penalizza il SSR che continuerà ad avere una significativa risorsa professionale (la seconda per numerosità della dirigenza) utilizzata senza alcuna visione d'insieme ed un “rationale” in grado di collegare le competenze con i bisogni da soddisfare.

La seconda opzione - quella scelta contestualmente dalla comunità professionale nel proporre, in analogia con la maggior parte delle regioni italiane, un tavolo regionale di confronto e la nascita di un gruppo di lavoro istituzionale e dalla Regione che ha dato vita al presente gruppo di lavoro - comporta una riflessione approfondita sul portafoglio dei servizi fondamentali e sulle forme organizzative delle attività della psicologia nella aziende sanitarie, in relazione all'efficacia provata ed alla sostenibilità economica.

Il presente documento risponde al mandato costitutivo del Gruppo posto dalla Regione quale committente, delineando le direttrici per una declinazione appropriata ed efficiente delle risorse e competenze psicologiche del SSR per concorrere alla performance e sostenibilità del sistema nel raggiungimento degli obiettivi e delle sfide delineate nella programmazione regionale. In altre parole si tratta di analizzare l'attuale situazione, e delineare prospettive e proposte in relazione all'interesse generale del cittadino-utente.

Il documento affronta il tema delle attività di competenza psicologica o nelle quali tale competenza concorre, in relazione alle esigenze e priorità delineate dalla programmazione e normativa nazionale e regionale (Patto per la Salute, nuovi LEA, requisiti per l'accreditamento, riorganizzazione dei servizi a seguito della nuova configurazione del SSR), nella interazione di tre punti di vista:

- a) ambiti di intervento (attività): quali "prodotti" dovrebbero essere core nel portafoglio della psicologia;
- b) utenza/target: quali sono le categorie di utenza a cui rivolgere prioritariamente l'attenzione;
- c) scelte organizzative: dove si svolge concretamente l'attività, da un punto di vista logistico e rispetto alla filiera delle responsabilità/appartenenze organizzative.

Questa analisi viene condotta confrontando la situazione "as is" con quella desiderabile, sviluppando la riflessione attorno alla combinazione prodotti/clienti - nuovi/esistenti cui la psicologia umbra potrebbe strategicamente rivolgersi prioritariamente nel ridisegnare il proprio portafoglio servizi per rispondere alle aspettative di appropriatezza e sostenibilità. Tale portafoglio si sposa poi con un ragionamento in merito alla logistica dell'offerta, del dove si erogano le prestazioni e per chi.

Viene infine presentata una review approfondita sulle evidenze in letteratura degli impatti dell'attività psicologica in termini di efficacia e costo comparato a soluzioni alternative od alla sola assenza dell'attività stessa. Anche in questo caso i risultati sono molto interessanti. Come era da aspettarsi non è definitiva in generale l'evidenza circa la capacità dell'intervento psicologico di avere un impatto sia sul decorso della patologia sia sul profilo di consumo di risorse da parte del paziente, ma emerge il dato per cui l'utilizzo di interventi strutturati, basati sull'integrazione tra la componente medica e quella psicologica, oltre che differenziati in base alle specifiche esigenze dei pazienti, può produrre in effetti dei benefici su entrambi i fronti. Nella prospettiva del SSR umbro, una parte della letteratura suggerisce che ci sono ampi margini di sviluppo per l'assistenza psicologica in ambito medico con possibilità di benefici sia per i pazienti, sia per i medici sia per l'intero sistema sanitario e socio-economico.

2. Il dirigente psicologo nel SSN

La professione di Psicologo è regolamentata dalla legge n.56 del 1989, che recita:

“ Art. 1. Definizione della professione di psicologo.

La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito. “

Per comprendere la valenza del ruolo dello Psicologo nell'ambito del SSN è utile riportare di seguito:

- a) la normativa concorsuale dei dirigenti psicologi (DPR 483/97)

D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483. Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale

PROFILO PROFESSIONALE: PSICOLOGO

Art. 52. Concorso, per titoli ed esami, per la posizione funzionale di primo livello dirigenziale del profilo professionale di psicologo

- Requisiti specifici di ammissione.

1. I requisiti specifici di ammissione al concorso sono i seguenti:

- a) diploma di laurea in psicologia;
- b) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso;
- c) iscrizione nell'albo dell'ordine professionale attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del bando.

Art. 54. Prove d'esame.

1. Le prove d'esame per il concorso per il profilo professionale di psicologo:

- a) prova scritta: impostazione di un piano di lavoro su di un caso psico- patologico presentato dalla commissione sotto forma di storia psico-clinica scritta o di colloquio registrato e proposte per gli interventi ritenuti necessari o soluzione di quesiti a risposta sintetica inerenti alla disciplina a concorso;
- b) prova pratica: esame di un soggetto, raccolta della anamnesi e discussione sul caso, ovvero: esame dei risultati di tests diagnostici e diagnosi psicologica. La prova pratica deve essere anche illustrata schematicamente per iscritto;
- c) prova orale: sulle materie inerenti alla disciplina a concorso, nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire.

E' opportuno sottolineare che lo Psicologo dirigente del SSN è uno specialista (specializzazione post-lauream almeno quadriennale) al quale viene chiesta una specifica competenza clinica di tipo diagnostico e di intervento nonché sui compiti connessi alla specifica funzione da conferire.

- b) La normativa per il riconoscimento dei servizi prestati e delle specializzazioni (DM 30 gennaio 1998)

Per meglio conoscere la valenza specialistica appare opportuno riportare la normativa relativa al riconoscimento dei servizi prestati e delle specializzazioni possedute per gli psicologi.

D.M. 30 gennaio 1998.

Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.

Articolo 1

1. Ai fini della valutazione dei servizi prestati e delle specializzazioni possedute per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e per l'accesso al secondo livello dirigenziale per le categorie professionali dei medici, veterinari, farmacisti, odontoiatri, biologi, chimici, fisici e psicologi si fa riferimento rispettivamente alle tabelle «A» e «B» allegate al presente decreto di cui fanno parte integrante.

Tabelle valevoli per la valutazione e la verifica dei titoli di carriera e delle specializzazioni

TABELLA A		TABELLA B
Valevole per la valutazione e la verifica dei titoli di carriera		Valevole per la verifica e la valutazione delle specializzazioni
AREA DI PSICOLOGIA 1) PSICOLOGIA Servizi equipollenti: Psicologia delle organizzazioni e delle istituzioni Psicoterapia Psicologia clinica e psicoterapia Psicologia della salute Psicologia della prevenzione		AREA DI PSICOLOGIA 1) PSICOLOGIA Scuole equipollenti: Psicologia del ciclo di vita Psicologia sociale e applicata Psicologia clinica Psicologia dell'età evolutiva

Psicologia dell'età evolutiva		
Psicologia medica		
Psicologia clinica		
Psichiatria		
Clinica psichiatrica		
Igiene mentale		
Medicina psicosomatica		
Neurologia e psichiatria		
Neuropsichiatria		
Neuropsichiatria infantile		
Neuropsichiatria infantile e psicologia dell'età evolutiva		
SERT		
Clinica delle malattie nervose e mentali		
Malattie nervose e mentali		
Consultori familiari		
		Psicologia sociale e del lavoro
Servizio salute mentale, età evolutiva e adulti		Psicologia della salute

Servizio materno infantile		Neuropsicologia
Servizio di psicologia ospedaliera		Valutazione psicologica
Servizio di neuropsicologia		

Tale DM appare particolarmente significativo perché *individua gli ambiti di attività, i servizi e/o le U.O. che vengono riconosciuti come pertinenti per gli psicologi.*

3. Psicologia e scenari del SSN

I Sistemi Sanitari sempre più spesso si confrontano con situazioni che richiedono un approccio integrato, in grado di ricomprendere gli aspetti soggettivi, comportamentali, relazionali e comunicativi delle persone, siano esse i cittadini-utenti (pazienti, caregiver) o gli stessi operatori sanitari. La spinta all'equità ed all'appropriatezza comporta la necessità di tener conto delle evidenze scientifiche e pratiche sul ruolo di questi aspetti nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, nella gestione della malattia e del recupero, nella promozione di atteggiamenti più responsabili e funzionali, nel rapporto tra operatori ed utenti, tra gli operatori stessi e nell'ambito dell'organizzazione.

Ne è testimonianza il fatto che in misura crescente nelle Linee-guida internazionali e nazionali, nel Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM-2013) troviamo specifiche indicazioni di interventi psicologici nell'ambito di una strategia di intervento integrata (es: Salute Mentale adulti e minori, Oncologia, Cardiologia e Cardiochirurgia, Pediatria, Neonatologia, Diabete e principali malattie croniche, Ictus, Sclerosi Multipla, SLA, HIV-Aids, Riabilitazione, ecc.). Questa integrazione è necessaria per tradurre in realtà operativa i concetti di "umanizzazione" e di "personalizzazione delle cure", attivare una adeguata collaborazione (relazioni e comunicazioni efficaci) con gli utenti ed i caregivers, fornire alle persone strumenti per gestire al meglio sia la propria salute che le situazioni di malattia, migliorandone la qualità della vita legata alla salute e riducendo la quota soggettiva della disabilità.

Tutto questo è ormai uscito dal campo delle buone intenzioni e della vaghezza, per assumere i connotati di strategie ed interventi efficaci e verificabili, tali da aiutare il Sistema a fronteggiare in modo mirato e con adeguata qualità una domanda crescente senza moltiplicare una offerta non

più espandibile. La Psicologia è in grado di fornire al Sistema delle competenze specifiche in grado di agire in modo integrato con le altre Professionalità, ma anche di far crescere le conoscenze e le abilità degli altri Operatori Sanitari, allo scopo di migliorare la capacità complessiva delle Organizzazioni nella lettura dei bisogni e nella globalità delle risposte.

In Italia per effetto della crisi è aumentato lo stress, l'ansia e la depressione, problemi che già riguardano un terzo della popolazione. In 6 mesi la richiesta di interventi psicologici è aumentata del 20%. E' necessario che il pubblico possa attrezzarsi con logiche operative nuove, secondo modelli a rete, per garantire quegli interventi psicologici che si sono mostrati efficaci e vantaggiosi in termini di costi benefici, potendoli erogare in collaborazione con i diversi livelli assistenziali. Questi interventi risolvono il 70% delle situazioni e riducono la spesa del 40% in follow-up di due anni.

La storia della comunità professionale degli psicologi nel SSN si sviluppa secondo un classico ciclo di vita:

- una fase iniziale che abbraccia gli anni '70 che segna l'ingresso degli psicologi nel mondo sanitario come spinta "dal basso", dettata dai bisogni degli utenti piuttosto che da precise valutazioni programmatiche;
- una fase di sviluppo – coincidente con gli anni '80 – in cui cresce la loro presenza e strutturazione nell'organizzazione dell'assistenza territoriale – Centri Salute Mentale, Servizi per l'Età Evolutiva, Consultori e Ser.T. – ed iniziano le prime attività in ambito ospedaliero.
- una fase di stabilizzazione generale a livello nazionale negli anni '90, che ha poi dato avvio ad una stagione di importanti innovazioni in alcune regioni.

Nel tempo una serie di normative nazionali, ha previsto la presenza degli Psicologi nell'ambito di diversi settori di attività, sia riferiti ai servizi territoriali che ospedalieri.

La maggior parte delle Regioni hanno in questi anni "pensato" alle potenzialità della Psicologia, regolandone e valorizzandone la presenza e sviluppandone competenze specifiche e mirate, per metterla al servizio del Sistema e dei cittadini. I dati ci dicono che *la qualità di questa programmazione è direttamente correlata alla qualità e ricadute delle attività psicologiche per il Sistema ed i Cittadini, con vantaggi anche economici legati al razionale uso delle risorse professionali.*

Allo stato attuale la stragrande maggioranza delle Regioni italiane (l'80%) ha una programmazione e/o normativa regionale che riguarda la Psicologia.

Secondo i dati disponibili¹ tale normativa riguarda in particolare l'organizzazione delle attività psicologiche in ambito territoriale ed ospedaliero, nel settore della salute mentale e fisica. Nel 70% dei casi le attività sono state definite nell'ambito di specifici servizi di Psicologia, che trovano varia

¹ Indagine Aupi Umbria 2012.

collocazione (Direzioni sanitarie, dipartimenti di salute mentale, dipartimenti di psicologia, distretti, ecc.).

Pur in assenza di un parametro nazionale la “sedimentazione” della figura dello Psicologo mostra una sua fisiologia e dinamica intrinseca, come si può osservare guardando il parametro del rapporto tra Psicologi di ruolo e popolazione, pur andando dal rapporto più vantaggioso come quello della Valle d’Aosta o dell’Alto Adige sino a quello meno vantaggioso dell’Abruzzo e della Campania, il rapporto medio risulta di un dirigente psicologo ogni 10.000 abitanti, che si riduce a uno psicologo ogni 6.800 abitanti se si considerano anche gli psicologi con forme diverse di collaborazione (dati del Censimento della Psicologia nel SSN, Ordine degli Psicologi 2014).

Nella Tabella 1-3 viene riportato in valori assoluti in numero degli Psicologi di ruolo nel SSN secondo i dati ufficiali del Ministero della Salute (Direzione Statistica 2013), mentre nella tabella 2-3 viene riportata la distribuzione media, a livello nazionale, di Psicologi dirigenti per numero di Strutture Complesse e Semplici di Psicologia. Ciò non corrisponde alla effettiva assegnazione degli Psicologi alle strutture, bensì al rapporto medio di quante strutture specifiche di Psicologia esistono in rapporto al numero complessivo degli Psicologi di ruolo. Il calcolo non tiene conto delle strutture pluriprofessionali complesse o semplici (CSM, Ser.T, Servizi Età Evolutiva, Distretti, Servizi Formazione, ecc.) delle quali sono responsabili degli Psicologi.

Tab. 1-3 – Psicologi dipendenti del SSN al 2010 (Fonte Ministero della Salute, Uff. Direzione Statistica 2013)

SERVIZI TERRITORIALI	
Psicologi Dirigenti nelle ASL	5.426
SERVIZI OSPEDALIERI	
Psicologi Dirigenti operanti in strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	1.238
dei quali negli Osp. di ASL	417
dei quali nelle Aziende Osp. e OU	391
dei quali nelle Strutture di ricovero equiparate	430

Tab. 2-3 – Rapporto medio Psicologi Dirigenti/Strutture Complesse e Semplici di Psicologia

STRUTTURE	N. PSICOLOGI DIRIGENTI
Strutture Complesse di Psicologia	58
Strutture Semplici di Psicologia	11

Le forme di collaborazione extra-ruolo sono più diffuse in alcune regioni rispetto ad altre ma segnalano una specificità della categoria perché appaiono piuttosto numerose in rapporto al personale di ruolo, nella media infatti si registra la presenza di un contratto di questo tipo circa ogni due psicologi dirigenti nella media nazionale, segnalando una diffusa forma di precarietà (o di flessibilità, nel caso se ne vogliano sottolineare gli aspetti più positivi). Tale dato tuttavia sarebbe

destinato a crescere se si considerassero anche altre forme di rapporto e collaborazione, come quelle degli Psicologi operanti con cooperative convenzionate o gli specializzandi.

Un dato che va sottolineato è l'ampliamento delle attività psicologiche che ha accompagnato l'inserimento di questa figura nel SSN e corrisponde allo sviluppo di nuove competenze e specializzazioni da un lato e, dall'altro all'emergere di nuovi bisogni ed esigenze.

Se tradizionalmente lo Psicologo è stato inserito prevalentemente nel campo della salute mentale o dell'infanzia, nel tempo il consolidamento di questa figura – sia a livello della formazione accademica che nella rete dei servizi sanitari – e la specifica richiesta di un titolo di specializzazione per l'ingresso nel SSN, hanno portato ad una diversificazione e settorializzazione delle competenze. Un esempio è il settore della psicologia sanitaria ed ospedaliera, che tratta tutti gli aspetti psico-comportamentali legati alla malattia fisica acuta e cronica e gli aspetti psico-relazionali della cura.

Altri ambiti sono psicologia della salute, psicologia di comunità e tutte le attività di psicologia del lavoro e delle organizzazioni legate al miglioramento degli aspetti organizzativi e relazionali nelle aziende sanitarie.

4. Situazione regionale

4a. I riferimenti programmatici

Il Piano Sanitario Regionale dell'Umbria 2009-2011, individua la necessità di porre «la persona al centro del sistema per la salute», evidenziando che:

- Fattori di tipo epidemiologico (diffusione della cronicità) e socio-culturale (maggiore acculturazione e consapevolezza dei cittadini-utenti, diversa visione della salute) chiedono «ai sistemi sanitari una diversa capacità di gestire complessivamente il rapporto con la sua utenza, non più vista come elemento sostanzialmente passivo (il paziente) ma come elemento da coinvolgere nel processo di cura e nella gestione della salute.» (pag.3 parte I)
- Ciò viene chiesto ad un «sistema sanitario nato e sviluppato sullo studio dell'uomo inteso come organismo» e questo spiega «le difficoltà che si sono registrate e si registrano nell'ambito dei sistemi sanitari a concepirsi come organizzazioni che hanno a che fare con delle persone e non solo con degli organismi malati» (pag.3 parte I). Tuttavia «la crescente possibilità di comprendere l'interconnessione tra i fattori biologici, soggettivi e socio-relazionali nell'ambito dei processi fisiologici e patologici dell'organismo ha cominciato a rendere non solo possibile ma anche vantaggioso per le scienze della salute avere come cornice di riferimento l'intera persona» (pag.4 parte I)
- «questo è possibile solo attraverso lo sviluppo di una “scienza integrata della salute”, dove i saperi e le pratiche biomediche possano incontrare i saperi e le pratiche delle altre

discipline che risultano necessarie per comporre l'unitarietà e la centralità della persona e per riconoscerne le specificità individuali oltre che le invarianze. Si tratta di avere dei modelli di riferimento in grado di rendere confrontabili i dati ed i linguaggi e di tradurre tutto ciò in una progettualità ed operatività idonee ad offrire risposte più esaurienti ed appropriate ai bisogni di salute, limitando quella frammentazione e parzialità che limita gli esiti e genera ulteriori futuri costi umani, sanitari e sociali.» (pag. 5 parte I)

- «Le società ed i sistemi sanitari hanno la necessità di individuare i fattori che consentono alle persone di promuovere la salute e gestire in modo più efficace la malattia, ed investire su di essi. Gli scenari futuri rendono sempre più insostenibile un sistema sanitario basato solo sulla moltiplicazione dell'offerta di strutture e prestazioni sanitarie e rendono necessario intervenire di più e meglio sulla domanda, sia per prevenirla o ridurla, sia per meglio leggerla e gestirla, non solo nelle fasi iniziali ma anche durante il percorso diagnostico-terapeutico o riabilitativo.» (pag.6 parte I)
- «Un numero crescente di persone appare sensibile al fatto che la salute va amministrata attivamente, con un ruolo consapevole e da protagonista, costruendo ed utilizzando gli ingredienti del proprio ben essere. D'altra parte, sotto la spinta delle esigenze pratiche dovute ai nuovi scenari epidemiologici, quote consistenti di controllo dei problemi sono passate dai sanitari ai pazienti ed alle loro famiglie, senza che tuttavia vi fosse una adeguata preparazione da entrambe le parti. E' necessario mettersi in una ottica in grado di responsabilizzare correttamente le persone puntando a fornire strumenti per gestire in modo più efficace sia la salute che le situazioni di malattia, cronicità e ridotta attività ("illness behaviour"), potenziare le risorse personali e migliorare le abilità per comportamenti più funzionali ("empowerment"). » (pag.7 parte I)

La recente Legge Regionale n. 18/2012 riafferma con chiarezza (art.1, commi 2, 3, 4, 5) tali principi, affermando a tal fine di voler perseguire "la valorizzazione del ruolo e responsabilità degli operatori sanitari per la promozione della qualità". Privilegiando modelli organizzativi a rete, percorsi assistenziali integrati, la piena uguaglianza nel godimento delle prestazioni e la partecipazione degli utenti.

L'Umbria, pur avendo un rapporto psicologi-abitanti paragonabile a quello medio nazionale (che colloca numericamente questa categoria al 2° posto dopo i Medici nella dirigenza del SSR), non dispone di nessun criterio programmatico in grado di ottimizzare questa presenza, come dimostra la situazione diversificata tra le diverse realtà. Tra le priorità regionali e aziendali, la presenza degli Psicologi e la loro più funzionale organizzazione non vi è una analisi di congruità, e ciò costituisce un serio fattore di disagio per la categoria, di disfunzionalità per il SSR, di disagio per l'utenza che trova prestazioni diverse nei vari territori .

Si pensi alla collaborazione che gli Psicologi possono fornire nel campo delle cure primarie, della gestione e riduzione della cronicità, del dolore, delle emergenze, delle alte specialità, dei processi e climi organizzativi, nel migliorare la soddisfazione dell'utenza, ridurre la mobilità verso altre regioni e rendere più attrattivi i poli di eccellenza umbra.

Inoltre, la situazione nella quale si trovano gli psicologi appare unica nel suo genere, avendo tutte le altre professionalità, sia della dirigenza che del comparto, delle proprie figure di riferimento e coordinamento.

I riferimenti espliciti alla Psicologia e agli Psicologi presenti nell'ultimo PSR sono i seguenti:

Parte Terza pag. 9

La lotta al tabagismo

Il consumo di tabacco è la più importante causa di morte prematura e pertanto uno dei più gravi problemi di sanità pubblica; il tabagismo costituisce un fenomeno complesso, che presenta molteplici aspetti:

- di tipo socio-culturale, in quanto stile di vita dannoso, largamente diffuso e socialmente tollerato;
- di tipo medico-**psicologico**, in quanto dipendenza patologica e fattore di rischio per numerose malattie correlate;
- di tipo legale e di salute pubblica, essendo il fumo passivo un inquinante ambientale sottoposto a precise norme di divieto a tutela della salute collettiva.

Da tale complessità deriva l'esigenza di un approccio globale e fortemente coordinato.

Parte terza pag. 89

Servizi dedicati alla salute mentale in età evolutiva

- Definizione univoca di un modello organizzativo dei Servizi di *Neuropsichiatria e **Psicologia Clinica dell'Età Evolutiva***, altrimenti denominati di *Salute Mentale e Riabilitazione dell'infanzia e dell'adolescenza*¹¹ (denominazioni entrambe presenti in Umbria, ma interpretate diversamente ed a cui non corrisponde nella realtà regionale una definita entità gestionale) che si occupano delle patologie neurologiche, psichiatriche, **neuropsicologiche** e sensoriali dell'Età Evolutiva. E' cruciale l'assetto unitario di tali Servizi, affinché possano rispondere compiutamente, nel corso della crescita, a bisogni di cura complessi e mutevoli.

Parte Terza pag.90

Attivazione su tutto il territorio regionale, per la popolazione adolescenziale, di "spazi" di ascolto e di rilevazione del disagio e della **sofferenza psicologica**. In questa prospettiva l'ambito sanitario può agire primariamente in forma indiretta, attraverso la collaborazione con le agenzie educative e sociali del territorio.

Complemento indispensabile alla rete di ascolto è la costruzione di canali di accesso alle cure, differenziando i luoghi di erogazione in funzione delle esigenze cliniche specifiche e delle fasce d'età; vanno anche valorizzati luoghi di cura non connotati in senso psichiatrico (consultori e centri di salute) e privilegiate, quando possibile, modalità di gruppo, sia per il trattamento dei ragazzi che per la sensibilizzazione ed il sostegno ai loro interlocutori adulti.

Parte Terza pag.91

1. Riformulazione dei programmi del DSM per quanto riguarda la sanità penitenziaria In applicazione della deliberazione della Giunta regionale del 9 giugno 2008, n. 682, secondo le modalità esecutive che saranno a suo tempo predisposte dalle Direzioni generali delle ASL, i DSM riorganizzeranno i propri progetti di intervento a favore di detenuti e internati sottoposti a provvedimento penale, avendo presenti le valutazioni di efficacia e di efficienza messe a disposizione dall'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria. Immetteranno anche, nella realizzazione dei programmi il personale

transitato dall'Amministrazione penitenziaria a quella sanitaria, applicando i protocolli di pertinenza che saranno eventualmente stesi dalla conferenza stato – regioni, garantendo la continuità **dell'assistenza sanitaria di natura psicologica** ai detenuti e internati, secondo gli schemi di riferimento trasmessi dalla Regione.

Parte Terza pag-101

Per la VIOLENZA contro le DONNE

Poiché la violenza (fisica, sessuale, **psicologica** ed economica) contro le donne è un problema complesso e diffuso, ma non abbastanza individuato ed espresso.

Si propone :

- piano di formazione regionale, rivolto non solo ad operatori sanitari dell'emergenza ma anche alle forze di polizia, servizi sociali, istituzioni giuridiche;
- apertura di almeno uno sportello regionale con personale formato nei Pronto Soccorsi, legato ad un Centro antiviolenza e sportelli anche nei Consultori Familiari;
- raccolta omogenea dei dati (DRG a livello nazionale) e raccolta delle prove adeguate per fase giudiziaria.

Parte Terza – pag. 104

10. La riabilitazione

Il termine riabilitazione è un termine generale per definire l'insieme di processi interventi finalizzati ad ottenere il recupero della menomazione, l'ottimizzazione delle abilità residue e il miglioramento della partecipazione. L'obiettivo è quello di migliorare la qualità della vita attraverso il recupero del miglior livello fisico, cognitivo, **psicologico**, funzionale e delle relazioni sociali nell'ambito dei bisogni e delle aspirazioni dell'individuo e della sua famiglia

Parte Terza pag.113

Trattamento delle stomie

Spesso la chirurgia delle neoplasie intestinali e urologiche comporta di necessità il confezionamento di stomie temporanee definitive che costituiscono uno stravolgimento complesso e grave dell'integrità fisica individuale e che va affrontato con competenze tecniche specialistiche ed adeguato supporto psicologico, con la determinante integrazione di numerose figure professionali, medici, infermieri, fisioterapisti e **psicologi**.

Pag. 118

10.2 La Riabilitazione neuropsicomotoria e sensoriale in età evolutiva

Secondo le linee guida del Gruppo Italiano delle Paralisi Cerebrali Infantili, che nell'art. 1 e art. 10 del manifesto per la riabilitazione del bambino, redatto su mandato del Ministero della Sanità, individua e definisce gli obiettivi della Riabilitazione dell'Età Evolutiva: "La riabilitazione è un processo complesso, teso a promuovere nel bambino e nella sua famiglia la migliore qualità di vita possibile. Con azioni dirette e indirette essa si interessa dell'individuo nella sua globalità, fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale, coinvolgendo il suo contesto familiare e ambientale. Si compone di interventi integrati di rieducazione ed assistenza. Il gruppo di lavoro deve essere composto da personale specializzato (medici, **psicologi**, terapeuti), in un rapporto numerico adeguato ai bambini presi in carico, essere dotato di spazi dedicati e di attrezzature adatte, disporre del tempo necessario.

Pag.119

La riabilitazione per i soggetti in età evolutiva con disturbo specifico di apprendimento (DSA)

Obiettivi e azioni

1. Identificazione precoce

- *Sviluppare screening psico-diagnostici di gruppo* per individuare precocemente segni di difficoltà di apprendimento attraverso l'utilizzo di strumenti educativi, atti ad individuare aspetti maturativi delle abilità cognitive e delle funzioni **neuropsicologiche** costituenti i prerequisiti di letto-scrittura e calcolo.
- *Somministrazione di prove standardizzate* per la valutazione di lettura, scrittura e calcolo, al fine di individuare difficoltà specifiche di apprendimento.

3. Migliorare la qualità dell'intervento dei servizi socio-sanitari regionali

- utilizzare protocolli diagnostici di base nazionali per la valutazione dei disturbi di apprendimento;
- rendere operative le équipes multidisciplinari, composte da neuropsichiatria infantile, **neuropsicologo, psicologo**, logopedista;
- incentivare collaborazione fra neuropsichiatri infantili e pediatri per la definizione di linee di intervento precoce;

Parte Terza Pag. 158

B. RETE AD INTEGRAZIONE ORIZZONTALE

le reti ad integrazione orizzontale sono orientate a realizzare la cooperazione fra erogatori che operano in uno stesso setting assistenziale e sono finalizzate a stabilire una collaborazione clinica sistematica che si concretizza nella condivisione di conoscenze, informazioni e modalità operative.

Tale modello prevede, al fine di sfruttare la massima potenzialità dei servizi presenti nel territorio, di mettere in rete tutte le differenti tipologie di prestazioni all'interno di una stessa branca o area di attività che le differenti realtà aziendali attualmente erogano in maniera frammentata o disomogenea in modo da offrire a tutti i cittadini della nostra regione lo stesso livello di servizi e con la stessa qualità.

La rete ad integrazione orizzontale è quindi la rete:

- dell'offerta di vocazione storica di ogni U.O. Le U.O. si sono strutturate autonomamente seguendo una linea vocazionale spesso legata a professionisti specifici o ad offerte di particolare qualità dei servizi, queste realtà andranno riconosciute, connotate specificamente e inserite nell'offerta dei servizi di rete;
- dell'offerta di servizi non ridondanti. La configurazione dei servizi in rete orizzontale regionale deve essere ispirata a criteri di compatibilità con le evidenze epidemiologiche, va quindi rigettato ogni tentativo di ipotizzare spazi teorici di attrazione verso bacini extraregionali che giustificano offerte ipertrofiche;
- dei servizi di standard qualitativi predefiniti. I requisiti di ogni nodo della rete debbono essere condivisi ed ispirarsi alle evidenze scientifiche nazionali ed internazionali relativamente alla dotazione tecnologica, di personale e di volumi di attività compatibili con una offerta qualitativamente elevata;
- dell'equità di accesso a cure appropriate. La rete dei servizi ad integrazione orizzontale deve garantire ad ogni cittadino di poter trovare risposte ai suoi bisogni di cure ospedaliere all'interno della Regione, i nodi della rete devono, quindi anche tenere conto della distribuzione geografica della rete evitando concentrazioni o duplicazioni in ambiti territoriali ristretti.

In sintesi tale modello valorizza le singole realtà tecnico-professionali e assicura un maggior livello di equità di accesso a prestazioni appropriate. Risulta inoltre il modello più funzionale per la **necessaria implementazione delle attività di Psicologia Sanitaria ed Ospedaliera**.

4b. Riferimenti organizzativi

La situazione delle attività psicologiche nella Regione rispecchia un quadro “storico” caratterizzato da scelte locali effettuate dalle singole Aziende in assenza di una definita linea regionale in materia. Di seguito la rappresentazione della situazione per singola Azienda così come riportata dai referenti aziendali che compongono il Gruppo, rispondendo ai seguenti quesiti:

- a. esiste una forma di coordinamento degli psicologi nell'azienda?
- b. quali servizi sono diretti da psicologi?
- c. come sono distribuiti gli psicologi (in quali servizi e in che percentuale)?
- d. come sono strutturati? (di ruolo, ambulatoriale esterna, contratti a termine, altro)?
- e. quante strutture complesse di area psicologica (quelle previste nel DM 30 gennaio 1998 a pag. 4 del documento alla voce "servizi equipollenti") esistono nella tua azienda?

Tali dati vanno intesi come indicativi e vogliono costituire non un puntuale censimento ma un quadro orientativo dell'esistente.

Attuale AUSL 1 (Umbria Nord)

Situazione ex Asl 1 (Gubbio, Città di Castello)

- a. non esiste un coordinamento degli psicologi in questo territorio.
- b. SS unità di educazione sanitaria
- c. gli psicologi di ruolo sono così distribuiti: 3 nel Dipartimento delle dipendenze (1 al SERT di città di castello e 1 al sert di gubbio); 6 nel Dipartimento di salute mentale (4 al csm di gubbio e 2 al csm di città di castello); 7 nei Servizi integrati di età evolutiva (SIEE, 4 a gubbio, 3 a città di castello); 1 educazione sanitaria; 1 ospedale di città di castello.
- d. 1 psicologo ha un contratto libero professionale con la nostra asl per 6 ore settimanali per il centro regionale di fibrosi cistica; 1 psicologo ha un contratto con associazione convenzionata con la asl per le cure palliative e il day hospital oncologico per un totale di 18 ore settimanali.
- e. Nessuna unità complessa è diretta da psicologi.

Situazione ex ASL 2 (Perugia)

- a. Non esiste Coordinamento Psicologi

- b. n. 4 SS di cui 2 :“Servizi di Riabilitazione e Psicologia Clinica dell’ Età Evolutiva”; 1: “Servizio Giovani”; 1 : Formazione del Personale
- c. n. 24 Psicologi strutturati di cui 13 presso Dipartimento Salute Mentale ; n. 8 presso Servizi Età Evolutiva; n. 1 presso Servizio Giovani; n. 1 presso Dipartimento delle dipendenze; 1 presso Hospice cure palliative
- d. n. 5 con contratto libero professionale o di specialistica ambulatoriale o in convenzione con cooperative : di cui 4 presso Servizi Età Evolutiva, n.1 presso Servizio per DCA .
- e. Nella dotazione organica è prevista una struttura complessa di psicologia, attualmente non ricoperta

Attuale AUSL 2 (Umbria Sud)

Situazione ex ASL 3 Foligno

- a) il coordinamento è svolto dalla UOAP (SSD Psicologia) Foligno, Spoleto, Valnerina.
- b) i Servizi diretti da Psicologi sono 3: UOAP Psicologia, Sert Spoleto, Salute mentale Età Evolutiva DSM
- c) il numero totale degli psicologi di ruolo è 16, dei quali 6 sono assegnati al DSM più 1 con coordinamento UOAP; 4 al Dipartimento delle Dipendenze; 3 alla età evolutiva salute mentale più 1 a contratto; 1 al Dipartimento Riabilitazione Motoria; 1 alla UO Disturbi dello Sviluppo.
- d) 1 è a contratto.
- e) Nessuna delle SC di area è diretta da psicologi.

Situazione ex ASL 4 Terni

- a) Non esiste coordinamento
- b) Servizi sono diretti da psicologi. Con budget: SSD di “ Neuropsicologia; SSD “Centri Diurni e Residenziali, disabilità psico fisica (16-65 anni) (Distretto n° 1 TR) ; SSD “Strutture intermedie e territoriali (Dip. Tossicodipendenze); SS “Interaziendale alcologia” (Dip. Tossicodipendenze). Senza budget: 7 SS.
- c) Psicologi di ruolo 26 così distribuiti: 9 nel D.S.M. Adulti; 10 nel D.S.M. (Struttura complessa di Neuropsichiatria); 6 nel Dipartimento Tossicodipendenze; N° 2 nel Distretto n°1 di Terni ; 1 nel Consultorio Orvieto
- d) 2 a progetto rinnovabile c/o amb. terapia familiare di Orvieto), 1 presso Dip. Prevenzione. A questi si aggiungono numerosi psicologi dipendenti di cooperative convenzionate.
- e) Nessuna SC di area è diretta da psicologi

Azienda Ospedaliera-Universitaria Perugia

- a) non esiste un coordinamento.
- b) non vi sono servizi diretti da psicologi

- c) Vi sono tre unità strutturate all'interno del dipartimento di neuroscienze (2 a tempo ind. E 1 a tempo det.), incardinate in reparti diversi: Neurofisiopatologia, Psichiatria, Unità Spinale.
- d) Due psic. a progetto per SLA e SM, 1 borsista in Geriatria, 1 borsista in Neurologia, 3 in Oncologia, 1 in Pediatria Oncologica, uno in Neurologia per SM. Esiste una consulenza per l'attività nell'amb. del Diabete Giovanile.
- e) non esistono SC di area dirette da psicologi

Azienda Ospedaliera-Universitaria Terni

- a) Tutti gli psicologi sono coordinati nell'ambito del Servizio di Psicologia Ospedaliera.
- b) È presente un servizio di psicologia ospedaliera in posizione di staff presso la Direzione Sanitaria.
- c) Tre psicologi di ruolo.
- d) Due psicologi con assegni di ricerca, due psicologi borsisti.
- e) Esiste una SC autorizzata dalla Regione con DGR 457/10 quale "Centro di Riferimento regionale per la Psicologia Ospedaliera e Sanitaria".

La situazione descritta dai referenti aziendali viene sintetizzata nella tabella 1-4. Anche ipotizzando qualche marginale imprecisione si ritiene che essa descriva efficacemente la situazione in atto, anche se il numero degli Psicologi indicato nella tabella sottostante si riferisce esclusivamente agli Psicologi di ruolo e attualmente in servizio, non tenendo conto dei posti scoperti negli organici e del prossimo pensionamento di alcuni.

Tabella 1-4

	AUSL 1 UMBRIA NORD	AUSL 2 UMBRIA SUD	AOU PERUGIA	AOU TERNI
Psicologi Dirigenti (di ruolo)	40	42	2	3
Distribuzione	19 salute mentale adulti 14 età evolutiva 4 dipendenze 3 altro	15 salute mentale adulti 13 età evolutiva 10 dipendenze 4 altro	1 Neurofisiopatologia 1 Psichiatria	3 Servizio Psicologia Ospedaliera
Coordinamento	Non presente	Presente solo nella ex ASL 3 (UOAP Psicologia)	Non presente	Presente (Servizio Psicologia Ospedaliera)

Da segnalare infine almeno due criticità relativamente alla presenza di professionisti precari:

- Se da un lato la presenza di tali figure - con situazioni giuridiche e fonti di finanziamento abbastanza diversificate e che solo in parte sono state censite nel presente documento (per la difficoltà a conoscerne numero e consistenza) - segnala un diffuso bisogno, dall'altro tale situazione appare scarsamente rispondente a logiche di ottimizzazione delle risorse. Appare infatti necessario censire tali disponibilità e inserirle in sinergie più vaste, al fine di valorizzare al massimo il loro apporto in relazione alle priorità ed i bisogni aziendali.
- Spesso le forme contrattuali ed operative con cui vengono svolte queste attività non appaiono le più idonee ad assicurare un dignitoso ed adeguato svolgimento delle attività professionali. Appare quindi importante poter assicurare lo svolgimento di forme flessibili di lavoro ma nell'ambito di criteri che rispondano alla necessità di salvaguardare il riconoscimento delle competenze e delle attività svolte.

5. Benchmarking: l'esempio della Toscana e del Piemonte

5a. La situazione nella Regione Toscana

La Regione Toscana ha organizzato le attività di psicologia nell'ambito del SSR mediante la istituzione di apposite U.O.Complesse di Psicologia con L.R. 24 maggio 1980, n. 71 e confermati con la successiva L.R. 40/2005 ("Disciplina del SSR") quali "strutture organizzative professionali":

"per struttura organizzativa professionale si intende l'insieme di professionalità omogene e attinenti ad una specifica funzione operativa; essa si qualifica come unità operativa, che è dotata di piena autonomia tecnico professionale ed è direttamente titolare di una funzione operativa" (art.2 comma "u").

I dirigenti psicologi sono attribuiti a tali UUOO che ne gestiscono l'assegnazione ai diversi servizi (salute mentale, servizi per l'infanzia, dipendenze, ecc.) in base al loro curriculum. Gli psicologi dipendono dal Responsabile del servizio di assegnazione funzionale.

I PSR hanno dettagliato la presenza delle UUOO di Psicologia, come sotto riportato.

PSR Toscana 2005-2007

Riportiamo di seguito le tabelle di sintesi del PSR 2005-07 che contemplano le UUOO di Psicologia, si tratta di:

- 1) servizi territoriali (pag. 246)

TABELLA. REPERTORIO DELLE FUNZIONI OPERATIVE, STRUTTURE ORGANIZZATIVE E SOGLIE CORRISPONDENTI NELLE DIVERSE CLASSI E SOTTOCLASSI DI FUNZIONE OPERATIVA.

1) I servizi territoriali

Funzioni operative	Struttura organizzativa	Soglia
Psicologia, anche in ambito ospedaliero	Psicologia	Una a livello aziendale

2) L'ospedale in ambito regionale (pag. 248-249)

4) L'ospedale in ambito regionale

Funzione operativa	Struttura organizzativa
Psicologia	Psicologia

Tali norme sono state aggiornate con il successivo PSR Toscana 2008-10

Riportiamo di seguito le tabelle di sintesi del PSR 2008-10 che contemplano le UUOO di Psicologia, si tratta di:

1) servizi territoriali (pag. 19 allegato 2)

REPERTORIO DELLE FUNZIONI OPERATIVE, STRUTTURE ORGANIZZATIVE E SOGLIE CORRISPONDENTI NELLE DIVERSE CLASSI E SOTTOCLASSI DI FUNZIONE OPERATIVA.

1) I servizi territoriali

Funzioni operative	Struttura organizzativa	Soglia
Psicologia	Psicologia	superiore a 700 Una a livello aziendale

2) L'ospedale in ambito regionale (pag.21-22 allegato 2)

4 a) L'ospedale in ambito regionale

Funzione operativa	Struttura organizzativa
Psicologia	Psicologia

3) L'ospedale in ambito aziendale (pag. 22-23 allegato 2)

4 b) L'ospedale in ambito aziendale

Funzione operativa	Struttura organizzativa	Soglia
Psicologia in ambito ospedaliero	Psicologia	Una per azienda, anche con riferimento all'Area Vasta

5b. La situazione nella Regione Piemonte

Nella Regione Piemonte la Psicologia ha una diffusa tradizione di organizzazione delle attività psicologiche nell'ambito di una rete puntuale di UUOO di Psicologia.

La DGR Piemonte 52/2000 ha previsto la costituzione dei Servizi di Psicologia, che tuttavia si è realizzata con adattamenti alle circostanze locali, attraverso sperimentazioni, che hanno comportato uno sviluppo eterogeneo dei medesimi. Ciò ha riguardato ad esempio (i) la tipologia dei servizi, che sovente non includevano la stessa gamma di attività; (ii) il posizionamento negli organigrammi aziendali, talvolta in staff alle direzioni sanitarie e altre inserite in dipartimenti territoriali o nel DSM; (iii) la presenza in talune AO.

con Del.G.R. n.43-2860 del 2006 è stato istituito il "Gruppo di lavoro di coordinamento dei Percorsi assistenziali, standard di attività e modelli organizzativi per l'assistenza psicologica nella rete socio-sanitaria piemontese".

Nel 2010 con la DGR 101: (i) sono stati riorganizzati i LEA della psicologia; (ii) è stato istituito il coordinamento tecnico regionale; (iii) previsto il flusso informativo per il monitoraggio delle attività.

Successivamente il PSR 2012-15 ha ripuntualizzato la missione affidata ai servizi psicologici e le prospettive di sviluppo.

PSR Piemonte 2012-2015

Pag. 109-110

"In tutto ciò a buon titolo si inserisce anche il capitolo relativo all'assistenza psicologica, la quale, proprio per suo mandato istituzionale, ha il compito, nell'ambito della rete sanitaria regionale, di contribuire alla tutela della salute individuale e collettiva, con specifico riguardo a quei fattori comportamentali, relazionali e sociali che rivestono un ruolo di rilievo tra i determinanti di salute e nei processi di diagnosi e cura (in ambito ospedaliero e territoriale), nonché ai fattori socio-organizzativi del sistema che risultano essenziali al suo buon funzionamento. La DGR 101 del 29 marzo 2010 ha già infatti definito i diversi ambiti di intervento psicologico nelle Aziende Sanitarie, identificando i LEA per la psicologia nel SSR piemontese, nonché le aree prioritarie di azione.

Il recente studio sistematico condotto dall'ARESS ha però evidenziato che le principali criticità delle attività psicologiche nelle Aziende Sanitarie derivano dal fatto che, a fronte di una domanda di intervento diffusa lungo uno spettro piuttosto ampio di necessità, le attività e i livelli assistenziali offerti risultano attualmente ancora molto differenziati e frammentati presso le diverse aziende, sia dal punto di vista delle risorse che degli ambiti e delle tipologie di intervento. Le attività psicologiche attualmente svolte sono prioritariamente rivolte ai seguenti ambiti:

- assistenza psicologica ai minori e tutela psicosociale,
- adolescenza
- cure primarie e assistenza consultoriale
- assistenza psicologica in patologie a elevato carico emozionale, psiconcologia e riabilitazione
- psicogeriatrica e patologie dementigene.

Risulta pertanto prioritario, anche per la Psicologia, ri-orientare l'evoluzione dei servizi secondo criteri di razionalizzazione e di integrazione. È però evidente come non basti disegnare un'unica organizzazione dei servizi, ancorché ben concertata, per ottenerne un funzionamento più snello, efficiente e razionale. “.

A seguito di queste indicazioni, nel 2013 il Coordinamento Tecnico Regionale per la Psicologia con il contributo del CERGAS Bocconi, ha elaborato una analisi della situazione che ha consentito di evidenziare puntualmente gli ambiti delle attività svolte, il rapporto tra le attività svolte ed i bisogni (tradizionali ed emergenti) del sistema, le traiettorie di in possibile riequilibrio teso a soddisfare in maniera più puntuale i bisogni complessivi.

Tale studio ha prodotto due “fotografie” declinate come “tassonomie”, la prima per ambiti ed aree di attività (vedi Tabella 1-5), la seconda secondo una visione per fasce di età dell'utenza ed ambito di attività (Tabella 2-5)

Tabella 1-5 – prima tassonomia delle attività psicologiche (DGR 101/2010) (documento GTR Psicologia Regione Piemonte, CERGAS Bocconi)

Ambiti	Aree	Clienti	Attività (da obiettivi)
	Prevenzione		
	ADI		
Territorio		1. Materno infantile	
	Ass.za socio-sanitaria	2. Minori con disturbi psichico-evolutivi o disabilità 3. Persone con disabilità 4. Persone con disturbi mentali o disagi 5. Persone con dipendenze psicologiche	
Ospedale	1. RO e RD 2. Ambulatorio 3. Ospedale-Territorio	pazienti con condizioni critiche (acute e croniche): 1) patologie ECE, 2) oncologia, 3) traumi/grandi ustioni/riabilitazione 4) LG cardiologia 5) PDTA gastroentero	
Emergenza			
Organizzazione			

Tabella 2-5 –tassonomia delle attività psicologiche per età e per ambito (documento GTR Psicologia Regione Piemonte, CEGAS Bocconi)

Per età

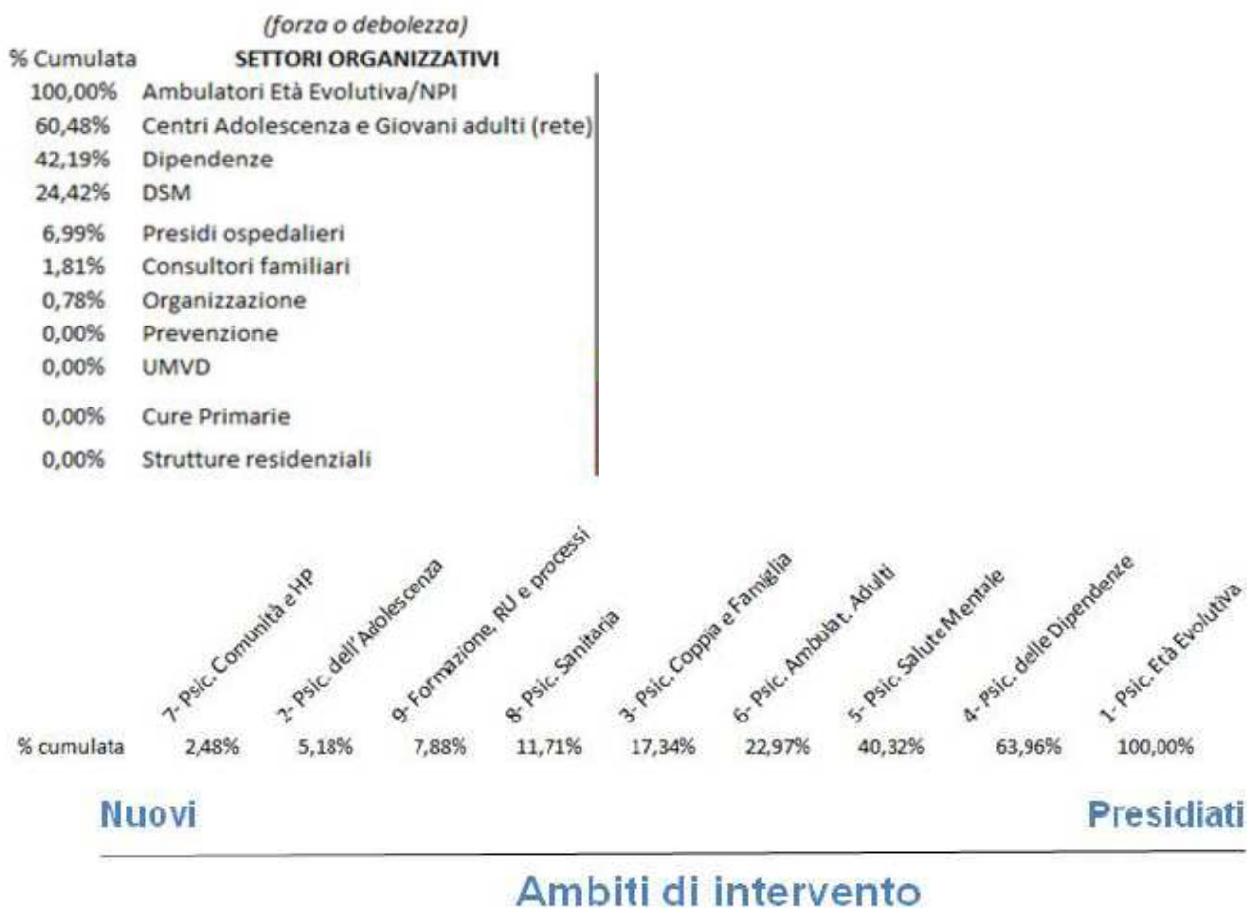
1. **Psicologia dell'Infanzia**
 1. Tutela psicosociale minori e integrazione sociosanitaria
 2. (handicap e L. 104, adozioni e affidamenti, maltrattamento/abuso, provv. OO. GG.)
 3. Psicologia Clinica Infantile (diagnosi, trattamento e psicoterapia)
2. **Psicologia dell'Adolescenza** (attività c/o consultori adolescenti)
3. **Psicologia Coppia e Famiglia** (attività c/o consultori familiari)
4. **Psicologia Clinica Adulti**
 1. Psicologia Clinica (attività ambulatoriali di diagnosi, trattamento e psicoterapia)
 2. Riabilitazione, risocializzazione e reinserimento, integr. socio-sanitaria
 3. Psicologia dell'Anziano e psicogeriatría

Per ambito

1. **Psicologia Sanitaria**
 1. Psicologia Oncologica
 2. Pat. Cron. e ECE (Elevato Carico Emozionale: es. Nefrol./Dialisi, Neurol./SM/SLA, Gastroenterol./Crohn, DCA)
 3. Riabilitazione e recupero funzionale
 4. Neurologia e neurochirurgia
 5. Cardiologia e cardiocirurgia
 6. Ginecologia/Ostetricia, P.M.A. (e genetica)
 7. Trapianti, Ematologia
 8. DEA, Traumatologia grave (e grandi ustionati), Unità Spinali
 9. Psic. dell'Emergenza
2. **Psicologia delle Dipendenze** (attività cliniche, comunità e centri diurni, progr. disassuefazione, riduz. rischio, nuove dipendenze)
3. **Psicologia di Comunità e HP** (promozione della salute e educaz. sanitaria)
4. **Psicologia delle organizzazioni sanitarie** (Formazione, R.U. e Processi Org.vi)

A partire da queste tassonomie di attività è stata effettuata una valutazione di corrispondenza tra ambiti di intervento richiesti dal SSR e posizionamento attuale dell'offerta psicologica, che ha dato luogo alla tabella di sintesi sotto riportata (Tabella 3-5)

Tabella 3-5: attuale posizionamento dell'offerta della Psicologia nel SSR del Piemonte (documento GTR Psicologia Regione Piemonte, CEGAS Bocconi)



A seguito di questa evidenziata criticità il GTR Psicologia del Piemonte ha definito una strategia di sviluppo – evidenziata nella tabella 4-5 – che prevede un consolidamento degli ambiti di intervento e settori organizzativi maggiormente presidiati, lo sviluppo di ambiti nuovi nel contesto di settori organizzativi presidiati, lo sviluppo di nuovi settori organizzativi in corrispondenza di ambiti di intervento presidiati ma non organizzati, lo sviluppo di nuove attività in ambiti e settori nuovi.

6. Conclusioni: potenzialità e criticità

Nel trarre delle conclusioni ed avanzare delle proposte va fatta una premessa di carattere generale. Il lavoro del gruppo ha consentito di valutare lo spessore e l'articolazione delle attività e degli interventi svolti dagli Psicologi nelle diverse aziende della regione. Si tratta di attività piuttosto articolate che coprono un *range* di problemi vario e complesso. Si caratterizzano per:

- Una estensione nei diversi livelli organizzativi dell'assistenza, in particolare servizi territoriali e ospedalieri, con significativi momenti di collaborazione con la medicina di base.
- Una distribuzione nei diversi momenti dell'intervento sanitario: prevenzione, cura e riabilitazione, nonché promozione della salute.
- Attività che interessano tutte le fasce d'età della popolazione: prima infanzia, adolescenza, giovani, età adulta, anziani.
- Attività che pur avendo un aspetto sanitario di carattere prevalente, risultano in grado di considerare ed integrare gli aspetti sociali delle problematiche affrontate.
- Essere dirette in diversi casi non solo all'utenza, ma anche agli altri operatori sanitari e all'organizzazione nel suo complesso.

Il panorama della Psicologia umbra mostra in sostanza una buona vitalità e la capacità di esprimersi in modi variegati ed articolati per soddisfare bisogni consolidati ed emergenti del Sistema e della popolazione. Molto spesso, come si potrà vedere, questa situazione è frutto della professionalità, della flessibilità e dell'attaccamento al lavoro dei singoli professionisti, che spesso si trovano ad operare in situazioni non adeguatamente definite e riconosciute. Le motivazioni "storiche" di questa situazione sono legate alla mancanza di una specifica programmazione per questo settore; va pertanto a merito della Regione di aver voluto colmare questa carenza con l'attivazione del presente Gruppo.

Tutto ciò va sottolineato perché in genere si tratta di attività che, pure conosciute ed apprezzate dall'utenza, non godono – per diversi fattori – di una adeguata visibilità. Questo è indubbiamente un fattore negativo perché rende meno evidente e leggibile il complesso, l'articolazione e lo spessore delle attività svolte. E questo è tanto più penalizzante se si considera che gli Psicologi sono la più nuova professione nel SSN e che le loro attività e potenzialità, proprio per l'estensione delle stesse in diversi ambiti e settori, non sono spesso immediatamente evidenti.

Nelle righe che seguono, in linea con il mandato di proporre azioni migliorative per contribuire allo sforzo generale di rendere il Sistema più virtuoso per assolvere al suo mandato sociale in una situazione a risorse sempre più limitate, si sono evidenziate soprattutto le criticità perché è su queste che occorre agire per adeguare la performance alle nuove esigenze.

Come risulta dai dati riportati nei capitoli precedenti il numero assoluto degli Psicologi dirigenti nella Regione Umbria ha un valore assoluto al di sotto della media nazionale (uno psicologo ogni

11.600 abitanti a fronte di uno ogni 10.000). Tale cifra non fornisce tuttavia un quadro esaustivo perché in questo settore ai dipendenti di ruolo si affiancano molti professionisti con rapporti di lavoro precari, che in base alle stime Aupi e Ordine Psicologi risultano essere oltre il 40% del numero dei dipendenti: a dire che ogni due psicologi di ruolo c'è quasi uno psicologo precario. In Umbria dai dati relativi alle diverse aziende riportate dai referenti nel Gruppo risulta un dato molto più contenuto pari al 12% dei dipendenti. Questo comporta un sostanziale peggioramento del rapporto psicologi del SSN/abitanti per la nostra Regione.

Tale dato piuttosto che visto come elemento virtuoso potrebbe segnalare una scarsa propensione delle Aziende umbre a ricorrere a forme di lavoro flessibile, come la convenzionata ambulatoriale, piuttosto utilizzata in altre regioni per incrementare la forza lavoro degli psicologi.

Una ulteriore caratteristica della situazione umbra è la ridotta presenza di psicologi operanti in servizi di psicologia, che a livello nazionale risultano oltre un terzo del totale mentre nella nostra regione arrivano ad un quinto del totale.

Analoga considerazione nel rapporto tra psicologi operanti nei servizi territoriali ed ospedalieri, che in Umbria risulta meno della metà della media nazionale (vedi Tabella 1-6).

Tabella 1-6 – Raffronto Umbria-Italia per rapporto psicologi di ruolo/abitanti e loro distribuzione nei servizi di psicologia e nel rapporto territorio/ospedale

PARAMETRO	ITALIA	UMBRIA
Dirigenti Psicologi/abitanti	1/10.200	1/11.600
Psicologi dir. che lavorano in UO S o C di Psicologia	35%	21%
Psicologi dirigenti che lavorano in ospedale	16%	7%

Se andiamo ad analizzare la presenza degli Psicologi per ambito di attività si ha la seguente situazione, relativamente alle aziende unità sanitarie locali:

- Il 41% degli psicologi dirigenti opera nell'ambito della salute mentale adulti;
- Il 33% degli psicologi dirigenti opera nell'ambito dell'età evolutiva;
- Il 17% opera nell'ambito delle dipendenze.
- Il 9% opera in ambiti diversi (due nel distretto, 1 giovani, 1 formazione, 1 ed. sanitaria, 1 riabilitazione motoria, 1 consultorio, 1 ospedale).

E la seguente situazione relativamente alle aziende ospedaliero-universitarie:

- gli psicologi della AOU ternana operano a tutto campo nell'ambito delle attività ospedaliere (oncologia, cardiologia, pediatria-neonatologia, chirurgie, alte specialità, ecc.) e delle attività aziendali (formazione e supervisione personale, stress lavorativo, risk management, ecc.) perché incardinati in un apposito servizio psicologico aziendale.
- gli psicologi della AOU perugina sono "incardinati" in ambiti di attività più limitati (psichiatria e neurofisiopatologia) perché inseriti in specifici servizi medici.

Se utilizziamo la chiave di lettura proposta dalla Regione Piemonte e dalla Bocconi, che analizza le attività psicologiche per ambito di intervento e settori organizzativi, possiamo tracciare questa fotografia:

- a) Il 39% degli psicologi lavora nella salute mentale adulti, il 31% nell'età evolutiva e il 16% nelle dipendenze;
- b) L'86% degli psicologi quindi opera in 3 settori organizzativi, che sono correlati ai principali ambiti di intervento (età evolutiva, salute mentale, dipendenze);
- c) viceversa esistono aree scarsamente o affatto presidiate, che corrispondono a quelle che il PSR Umbria e la letteratura ritengono strategiche (patologie croniche e acute ad elevato carico emozionale, riabilitazione, patologie e fragilità dell'anziano, patologie a componente funzionale e da stress nelle cure primarie). Neanche il 10% degli psicologi di ruolo copre l'ambito della psicologia sanitaria ed ospedaliera, cioè correlata agli aspetti psicologici della malattia fisica, e solo una piccolissima parte si occupa di psicologia del lavoro e delle organizzazioni.

Quanto sopra riportato evidenzia diverse significative criticità:

- a) Assetto organizzativo: Spettro ampio ed eterogeneo degli ambiti clinico-assistenziali di intervento; la distribuzione delle risorse nei diversi ambiti assistenziali appare differenziata e non orientata da criteri riconducibili a bisogni, domanda, priorità assistenziali; eterogeneità delle afferenze organizzative; differenziazione e specializzazione nell'ambito delle reti cliniche.
- b) Organismo personale: instabilità dei professionisti.
- c) Aspetti culturali: Profonda diversità interna con varie conseguenze come le difficoltà identitarie o la diffidenza verso i colleghi; Tensioni organizzative tra attività specialistiche e attività in team multiprofessionali.
- d) Sistemi operativi: Carenze di attendibilità e tempistica nella rilevazione e monitoraggio delle attività erogate; Modesta implementazione dei PDTA per gli aspetti psicologici.

In particolare si assiste ad una difficoltà legata agli assetti organizzativi negli ambiti di attività maggiormente presidiati (salute mentale adulti, età evolutiva e dipendenze).

Alcune considerazioni in questi ambiti specifici:

il D.P.R. 309/90 regola la materia delle sostanze stupefacenti illegali, la cura delle persone dipendenti e la struttura dei servizi che le trattano. Il Decreto, riconoscendo la multifattorialità

della tossicodipendenza prevede che i servizi presposti al trattamento (Ser.T.), siano servizi multiprofessionali (psicologo, medico, infermiere, assistente sanitario, educatore). Nei Ser.T delle due aziende sanitarie la presenza degli psicologi non è uniforme, ad esempio nella Usl1 sono attivi 6 servizi, in 2 lo psicologo è a tempo pieno, in 1 ci sono due psicologi a part-time, in 3 non ci sono psicologi dipendenti. Le evidenze scientifiche mostrano come i trattamenti farmacologici sono più efficaci se integrati con il trattamento psicoterapeutico e/o psicoeducativo. Lo scopo del trattamento delle Dipendenze Patologiche è la modificazione degli stili di vita, dei comportamenti di consumo per la prevenzione delle ricadute, solo una comprensione profonda delle motivazioni che hanno portato la persona ad abusare delle sostanze fino alla dipendenza potrà garantire una ristrutturazione della personalità che porterà a comportamenti più sani. Il Decreto Balduzzi del 2012 sancisce la competenza dei Ser.t. per il trattamento delle ludopatie, anche in questo caso l'intervento curativo, di riduzione del danno e preventivo delle ricadute è prevalentemente di tipo psicoterapeutico e/o psicoeducativo.

Nell'ambito della Salute Mentale Adulti il già citato Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale del 2013 (PANSM) propone una riorganizzazione dei DSM adottando "una metodologia fondata sulla necessità di lavorare per progetti di intervento specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura; ciò implicando un approccio sistemico da parte delle equipe, rispetto a modalità di lavoro segmentali". In questo stesso documento si propone la definizione dei PDTA delle maggiori patologie di un DSM (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi gravi di personalità) e stabilisce che "i percorsi di cura sono costituiti da singoli processi assistenziali, che possono essere semplici o complessi, in relazione alla quantità di risorse umane e strutturali coinvolte. Possono, inoltre, definirsi come strumenti di gestione clinica finalizzati a fornire ai pazienti interventi di provata efficacia attraverso una sequenza logica di azioni in un tempo ottimale..... essi sono finalizzati ad un migliore uso delle risorse, a migliorare la qualità della cura e a ridurre il ritardo nell'erogazione di trattamenti efficaci. I principi chiave sono la centralità del paziente, l'integrazione multiprofessionale, la pratica basata sull'EBM ed il miglioramento continuo della qualità." Questo ambito di intervento potrebbe essere un buon inizio per attivare tavoli multi professionali nei DSM per le patologie gravi. La situazione degli psicologi nei DSM della nostra regione è molto disforme e questo comporta una risposta all'utenza sicuramente non in sintonia con quanto proposto nel documento sopra citato.

Nell'ambito dell'età evolutiva gli psicologi apportano metodologie e strumenti capaci di affrontare tematiche che spaziano dalla psicologia clinica, alla psicologia dello sviluppo, alla psicologia della salute, atte a sostenere le potenzialità evolutive del bambino e del sistema educativo che concorre alla sua crescita e a contrastare o limitare l'effetto nocivo di fattori patogeni, esogeni ed endogeni. In questa fase della vita gli interventi psicoeducativi e di parent-training, ormai di provata efficacia, assumono grande rilevanza per affrontare molteplici problematiche infantili, tanto da essere ritenuti elettivi o quanto meno da associare sempre a quelli di tipo farmacologico.

Gli psicologi inoltre sono spesso la figura di snodo per il passaggio, non sempre agevole, dei giovani pazienti con stati mentali a rischio e/o con disturbi psichici all'esordio, tra i servizi di salute mentale dell'area infanzia e adolescenza e i servizi dell'area adulti. Queste situazioni necessitano di particolare attenzione, come espresso nelle raccomandazioni del già citato Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale, di una tempestiva valutazione e precoce trattamento. Rappresentano pertanto un altro ambito in cui lo psicologo può lavorare con altri soggetti della

rete sanitaria per l'individuazione di progetti e protocolli da attivare per assicurare ai giovani pazienti e alla loro famiglia la continuità della cura.

In questi ambiti salta all'occhio che pur potendo a pieno titolo gli psicologi concorrere alla direzione delle strutture multidisciplinari (Dipartimenti e UOC di Salute Mentale, dell'età evolutiva o delle dipendenze) in Umbria tale situazione non ricorre mai per i dipartimenti e le strutture complesse, a differenza di ciò che accade in altre regioni.

A ciò si aggiunge una ulteriore criticità: l'assenza di forme di coordinamento monodisciplinari, che avrebbero il grande vantaggio di poter organizzare funzionalmente l'attività degli psicologi in relazione alle esigenze, i bisogni e le priorità. Tale coordinamento, con idonee forme strutturate ed operative è infatti presente nella sola ex ASL 3 di Foligno per quanto riguarda i servizi territoriali e nella AOU di Terni per i servizi ospedalieri (questa ultima realtà è stata tuttavia individuata dalla Regione quale "centro di riferimento per la psicologia ospedaliera e sanitaria" a valenza regionale) (vedi tabelle 3-6 e 4-6).

Tabella 4-6: presenza di coordinamenti organizzativi strutturati e strutture di Psicologia nelle Aziende umbre

AZIENDE SANITARIE	COORDINAMENTO STRUTTURATO	UUOO DI PSICOLOGIA	AZIENDE OSPEDALIERE	COORDINAMENTO STRUTTURATO	UUOO DI PSICOLOGIA
AUSL 1	Assente	1 SC*	AOU PERUGIA	Assente	-
AUSL 2	Presente ex Asl 3	1 SS**	AOU TERNI	Presente	1 SC*

* non attivata. Nella AO di Terni è attiva al momento una SS.

**limitata alla area ex ASL 3.

Se si sintetizza quanto sin qui evidenziato emerge:

- La presenza degli Psicologi strutturati in Umbria è, rispetto alla popolazione, al di sotto della media nazionale.
- Neanche due psicologi su 10 lavorano in servizi di Psicologia (la media nazionale è quasi il doppio), ed esistono forme di coordinamento funzionali o strutturali solo per la ex Asl di Foligno e l'AOU di Terni.
- L'attività degli Psicologi si svolge nell'86% dei casi nella salute mentale adulti, nell'età evolutiva e nelle dipendenze, in servizi prevalentemente multi professionali che tuttavia vedono in una percentuale bassissima (la più bassa tra tutte le professioni della dirigenza) gli Psicologi in posizioni di coordinamento e mai in posizioni apicali.
- I settori nei quali vi è una crescente domanda di attività psicologiche (prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie fisiche acute e croniche) risultano in gran parte scoperti, con solo un 8% degli Psicologi impegnati elettivamente.

7. Le evidenze scientifiche sull'impatto e le ricadute cliniche ed economiche degli interventi psicologici

La letteratura indica che:

- a) I disturbi mentali minori sono assai diffusi tra la popolazione oltre ad essere frequentemente sotto diagnosticati e sottotrattati.
- b) Il mancato trattamento di questi disturbi comporta non solo una cattiva qualità della vita delle persone affette, ma anche un impatto negativo sia sulla sua capacità di partecipare attivamente al mondo del lavoro sia sulla domanda inappropriata di bene e prestazioni sanitarie per patologie fisiche.
- c) Nell'ambito delle persone affette da patologie mediche acute e soprattutto croniche, la presenza di disturbi mentali minori contribuisce a determinare il livello di adesione e di efficacia del trattamento e di consumo di prestazioni e beni non connessi alla patologia trattata.
- d) Gli interventi psicologici nei disturbi psichici più comuni (ansia, depressione, distress, fobie, somatizzazioni, dipendenze, ecc.) sono efficaci quanto o più dei farmaci, comportano un costo minore (perché durano molto meno e producono modificazioni più durevoli) e sono più graditi agli utenti.
- e) Gli interventi psicologici nelle malattie fisiche, riducendo la componente di stress, disagio soggettivo e non aderenza, sono in grado di migliorare efficacemente le condizioni del paziente, l'iter della cura e il risultato finale. Tutto questo comporta risparmi economici ben documentati: quando l'intervento medico classico è integrato da quello psico-comportamentale, anche breve, vi è una riduzione delle complicità del 25%, una riduzione della necessità di cure mediche inappropriate o di "consolazione" del 39%, una migliore qualità della vita e minori spese per il cittadino (Lazzari, "Psicologia Sanitaria e Malattia Cronica" Pacini Medica 2011). Un breve intervento sullo stress ha ridotto la degenza media di due giorni in pazienti chirurgici all'Azienda Ospedaliera di Terni (La Repubblica, 14.02.12).
- f) Gli Psicologi, anche in virtù dello sviluppo di specializzazioni ad hoc, sono in grado di coniugare efficacemente il momento della cura con quello della promozione della salute futura, perché agiscono sviluppando risorse ed in modo ristrutturante.
- g) Gli Psicologi hanno una visione sistemica dei problemi dei singoli e delle organizzazioni, che li mette in grado di sviluppare modelli a rete e l'integrazione dei processi e delle competenze. Le loro attività sono altamente complementari e sinergiche con quelle degli altri operatori sanitari, favorendo la costruzione di strategie ed interventi multidisciplinari ed integrati.
- h) Nella prospettiva del SSR, questa letteratura suggerisce che ci sono ampi margini di sviluppo per l'assistenza psicologica in ambito medico con possibilità di benefici sia per i pazienti, sia per i medici sia per l'intero sistema sanitario e socio-economico.

- i) L'uso "razionale" degli Psicologi prevede – in relazione alle specifiche competenze ed esperienze maturate - la loro attività ai diversi livelli assistenziali (cure primarie, centri territoriali e servizi specialistici, ospedali), rivolte agli utenti e caregivers, agli operatori, alla organizzazione nel suo complesso, alla comunità.

7b. Approfondimenti²

Riportiamo di seguito un ampio stralcio di documentazione sull'efficacia degli interventi psicologici nei contesti sanitari e sul rapporto costi-benefici.

- a) "Le evidenze scientifiche sull'impatto e le ricadute cliniche ed economiche dell'assistenza psicologica nel SSN" (tratto dal volume "COMUNITA' PROFESSIONALE E PERCORSO STRATEGICO DEGLI PSICOLOGI DELLA SANITA' PIEMONTESE" Cergas Università Bocconi 2013)
- b) "Le ricadute economiche degli interventi psicologici", tratto dal volume "PSICOLOGIA SANITARIA E MALATTIA CRONICA", D. Lazzari, Pacini Editore 2011.

Le evidenze scientifiche sull'impatto e le ricadute cliniche ed economiche dell'assistenza psicologica nel SSN

Il contesto

Qui si vogliono riportare alcuni dati assai significativi che aiutano a delineare il contesto a cui si fa riferimento nella letteratura analizzata. In particolare, in Italia, è da ricordare come l'8% delle persone di età compresa tra 18 e 69 anni è risultata avere sintomi di depressione con una percentuale doppia nelle donne rispetto agli uomini (11% contro 5%). La prevalenza di sintomi depressivi, in entrambi i generi, è poi maggiore tra le persone con un basso livello d'istruzione e con molte difficoltà economiche: infatti, tra le donne con quest'ultimo tipo di problema, la percentuale arriva al 21,9% nella fascia di età 35 – 49 e sale al 26,73% in quella successiva compresa tra i 50 e i 65 anni [5].

Questi valori crescono in modo esponenziale poi nella popolazione anziana: lo studio longitudinale ILSA, condotto per tredici anni su 5.600 soggetti tra il 65 e gli 84 anni, ha rilevato sintomi di depressione nel 42% della popolazione con ancora un'incidenza più alta (52%) tra le donne e più bassa invece tra gli uomini (31%) [6].

A livello europeo, uno studio condotto nell'ambito della Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE) nel 2004 ha rilevato, in un sottocampione di popolazione tra i 50 e i 79 anni, i sintomi di depressione con la scala EURO-D. Da tale rilevazione emerge che la prevalenza di

² I dati sotto riportati sono desunti da due fonti:

sintomi depressivi a livello europeo in questa fascia di popolazione è pari al 26% con punte massime del 31 – 35% in Italia e Spagna e minime del 17 – 18% in Danimarca, Svizzera ed Austria.

Benché questi dati già di per sé testimoniano la rilevanza del fenomeno, nella prospettiva di questo studio, si vuole focalizzare l'attenzione sul livello di sottodiagnosi e sottotrattamento a cui sono spesso soggetti gli individui affetti dalle forme definite minori di depressione ed ansietà. Circa il livello di sottodiagnosi, fenomeno non facile da misurare, è significativa la rilevazione di Callahan et al. del 2002 [7] su 500 pazienti iscritti ad una HMO americana a cui è stato somministrato il Beck Depression Inventory (BDI). Qui si evidenzia che dei 140 pazienti con un punteggio superiore a nove, ossia affetti da depressione minore, solo a 36 era stato diagnosticato questo disturbo.

Relativamente al sottotrattamento, da uno studio svolto in Germania, da Hoffman et al. (2008) [8] su quanto frequentemente sono trattati gli individui affetti da disturbi di ansietà generalizzata (Generalised Anxiety Disorder - GAD), rispetto a quelli con una depressione maggiore (Major Depression - MD), emerge che tra i primi la percentuale di individui non trattati è pari al 40%, mentre tra i secondi ciò avviene nel 30% dei casi. Risultati più contenuti, ma tuttavia sempre significativi, sono forniti da una rassegna della letteratura svolta su studi pubblicati in Europa, USA ed Australia tra il 1987 e il 2010: in questo caso, si riporta che la percentuale di individui affetti da GAD e non trattati varia tra il 20 e il 30% [9]. Considerando poi in termini generali la diffusione del trattamento della depressione, si segnala che in Gran Bretagna nel 2007, solo una persona su quattro, sofferente di disturbi di ansia o depressivi, ha ricevuto un trattamento [10]. In particolare si riporta come questi due tipi di disturbi siano proporzionalmente i più diffusi tra le diverse malattie mentali e anche i meno trattati.

Non sono stati individuati dati italiani che misurino insieme alla prevalenza anche il livello di sottodiagnosi e di sottotrattamento di individui affetti da disturbi mentali minori, è tuttavia da supporre che scenari simili a quelli appena descritti per l'Inghilterra e la Germania si possano presentare anche nel contesto italiano.

Senza volere trascurare la questione cruciale di lasciare persone bisognose di cure senza un'assistenza appropriata, nella parte seguente del documento si va ad analizzare l'impatto che il mancato intervento e presa in carico di questi individui può avere sia sulla produttività lavorativa di questi ultimi sia sul consumo di prestazioni mediche al di fuori della salute mentale.

Evidenze sull'impatto dei disturbi minori sulla produttività lavorativa

In generale, è ormai un dato consolidato che lavoratori affetti da depressione siano meno produttivi e siano più frequentemente assenti dal proprio lavoro rispetto ai propri colleghi¹³ [11] [12]. Si tratta, tuttavia di contributi che riguardano soprattutto la depressione maggiore oppure non differenziano tra i disturbi maggiori e minori. Un contributo che resta comunque interessante, in tale ambito, è fornito da Plaisier (2009) [13]: si presenta una rilevazione su 1.500 lavoratori dipendenti a tempo pieno tra i 18 e i 65 anni di età nei Paesi Bassi, differenziando sia tra individui con o senza una diagnosi di sintomi somatici, disturbi depressivi e di ansia rilevati con la scala

DSM-IV, sia in quest'ultimo gruppo tra coloro a cui era stata confermata o meno la diagnosi nei sei mesi precedenti. Emerge che effettivamente la percentuale di pazienti, con una diagnosi definita "attualmente corrente", assenti dal lavoro per più di due settimane nei sei mesi precedenti alla rilevazione supera di gran lunga quella delle altre due categorie di lavoratori (29% vs 9,2% e 12,7%); altrettanto può dirsi circa il livello di produttività che risulta essere assente nel 38% dei lavoratori con una diagnosi corrente. E' poi da sottolineare che i lavoratori con una diagnosi di depressione ed ansia, nel corso della propria vita, non più confermata nei sei mesi precedenti alla rilevazione risultano avere sia dei livelli di assenteismo sia di produttività non equiparabile a quella di lavoratori sani, ma decisamente migliore degli individui correntemente affetti da questi disturbi mentali minori. Tutto ciò suggerisce l'importanza di prevenire la caduta in tali stati di salute, ma anche l'efficacia che il loro trattamento può avere nel ristabilire la salute mentale del paziente e la sua capacità di partecipare alla vita attiva.

Recentemente, sono state poi presentate delle rilevazioni che dimostrano come anche i lavoratori affetti da depressione minore o da ansia abbiano un maggiore assenteismo e una minore produttività. In termini generali in uno studio inglese del 2006 [14] (Rapporto Layard, 2006) cita a sua volta uno studio del Sainsbury Centre for Mental Health del 2003 da cui risultava che il volume di produzione persa ogni anno a causa della depressione e dell'ansia cronica si aggirava intorno ai 120 milioni di sterline che a sua volta comportava una perdita per l'erario di 7 bilioni di sterline. Infatti, nella già citata rilevazione svolta da Hoffman et al. (2008) [8] in Germania, risulta non solo che tra le persone con MD e GAD una percentuale tra il 20 e il 30% è stato assente dal lavoro più di sei giorni nel mese precedente all'intervista, ma che questa percentuale è superiore tra le persone affette da GAD rispetto a quelle con una diagnosi di MD. Lo studio presentato da Beck et al. (2011) [15] poi evidenzia che tra i pazienti con il punteggio minimo della scala di misura della depressione PHQ-9, la perdita di produttività è già elevata. L'entità dell'impatto che anche disturbi mentali definiti minori possono avere sulla produttività dei lavoratori è ancora più efficacemente dimostrata dal contributo di Bermingham [16] sul costo della somatizzazione nella popolazione in età lavorativa tra il 2008 e il 2009. Da questo lavoro, infatti, emerge che in Gran Bretagna sono 42 milioni le giornate di lavoro perse in un anno per problemi di somatizzazione per un valore totale di 52 milioni di sterline a carico dei datori di lavoro.

La questione che sorge nell'analizzare questi dati è se gli interventi psicologici riescono effettivamente ad avere un impatto positivo su questi pazienti, non solo in termini di regressione o guarigione dalla patologia, ma anche di ritorno ad un'attività lavorativa produttiva. Da questo punto di vista, due recenti studi sono incoraggianti. Il primo è una meta-analisi (de Maat et al. 2007) [17] di 7 studi sui costi e benefici di una terapia psicoanalitica di lungo periodo dove è proprio la diminuzione dell'assenteismo ad essere uno dei risultati positivi che maggiormente perdura nella fase di follow – up osservata. Un simile risultato è ottenuto anche nell'ambito di una rilevazione [18] su quattro coorti di pazienti olandesi durante, immediatamente dopo e nella fase di follow – up ad un trattamento psicoanalitico di lungo periodo di persone affette da depressione. Si ha, infatti, una riduzione del consumo di prestazioni mediche – aspetto che verrà presentato

successivamente -, ma l'impatto positivo ancora più consistente è sulla riduzione di giornate di assenteismo.

Tutti questi contributi ci dicono che:

▣ I disturbi mentali minori hanno un impatto sulla capacità di partecipazione all'attività produttiva assai più consistente dei disturbi di ordine maggiore.

▣ Data la prevalenza di patologie, quali ansia o depressione minore, e la diffusa situazione della loro sottodiagnosi e sottotrattamento, è assai consistente il conseguente costo sociale in termini di assenteismo e bassa produttività.

▣ Il trattamento psicoanalitico è lo strumento più efficace per affrontare e superare i disturbi mentali minori.

Evidenze sull'impatto dei disturbi mentali minori sul carico assistenziale e sul consumo di prestazioni mediche

Come sopra accennato, un secondo aspetto spesso considerato da questa letteratura, insieme o separatamente all'impatto sulla produttività lavorativa, è il carico assistenziale e il consumo di prestazioni che generalmente caratterizza individui con disturbi mentali minori, assai spesso privi di diagnosi o trattati in modo non appropriato.

In particolare, emergono due ambiti di indagine. Il primo, affrontato nel seguente sottoparagrafo, si dedica a rilevare la presenza di un maggiore consumo di risorse sanitarie, destinate alla cura di patologie fisiche, a seconda che il paziente sia affetto o meno da disturbi mentali minori, cercando di individuare anche la dinamica che intercorre tra questi due elementi. Il secondo, invece, si concentra sul confronto tra l'effetto positivo dell'intervento psicologico in termini di minore spesa sanitaria, dovuta all'accesso inappropriato a beni e servizi sanitari in seguito ai disturbi mentali minori, e il costo degli interventi 14 mirati a curare queste ultime patologie. Questo confronto può essere denominato il medical cost offset dell'assistenza psicologica.

a.L'impatto dei disturbi mentali minori sui volumi di consumo di beni e servizi sanitari

Sono numerosi gli studi che, soprattutto dall'inizio degli anni Novanta in poi hanno confrontato il consumo di prestazioni sanitarie di individui affetti da disturbi di salute mentale con quelli senza alcuna diagnosi e/o sintomo, verificando effettivamente maggiori volumi tra i primi.

Tra i primi studi svolti, uno dei più significativi, per fonte di dati e dimensione della popolazione, è un'indagine, svolta da Simon et al. (1995) [19], negli USA sul consumo di prestazioni mediche di poco più di 12.000 iscritti ad una HMO divisi, circa a metà, tra coloro con e senza una diagnosi di depressione. Il risultato iniziale è stato che gli iscritti affetti da depressione avevano una spesa annuale pari a 4.246\$ rispetto a quelli senza, uguale a 2.371\$. Tuttavia, un aspetto, emerso nel corso dell'indagine, è stata l'elevata presenza di malattie croniche tra i pazienti con depressione:

tale constatazione ha condotto ad 14 In questi studi l'aspetto metodologico circa la tipologia di costo utilizzato è generalmente poco approfondito. Non è spesso chiaro se i valori forniti sono le tariffe delle prestazioni evitate oppure i costi pieni delle stesse prestazioni aggiustare il risultato precedente con la presenza o meno di patologie croniche, ridimensionando solo parzialmente la differenza già registrata nei consumi tra iscritti con e senza diagnosi di depressione (\$3971vs \$2644). Una volta iniziato il trattamento della depressione, nel corso dei dodici mesi successivi persiste l'abitudine, secondo gli autori, ad un significativo maggior consumo di prestazione mediche.

Il recente lavoro di Prina et al. (2012) [20] si concentra, invece, specificatamente sui ricoveri ospedalieri di una popolazione di adulti olandesi tra i 54 e gli 85 anni: il 27% degli arruolati depressi è stata ricoverato almeno una volta, nel corso dei due anni dello studio, contro la percentuale del 23% per i non depressi (la differenza è statisticamente significativa); inoltre, la durata media della degenza dei primi è stata di 5,3 giorni, mentre per i secondi il tempo medio è stato di 3,5. I decessi ospedalieri poi sono due volte più frequenti tra i pazienti depressi.

I risultati di studi specifici sull'impatto della depressione minore e dell'ansia generalizzata confermano la presenza di questa tendenza. In particolare, il già citato studio di Hoffman et al. (2008) confronta l'impatto della MD e della GAD sul comportamento dei rispettivi pazienti anche in termini di accesso a prestazioni mediche e in particolare le visite dal MMG. Anche in questo caso, si evidenzia come il 73% di pazienti affetti da GAD e il 69% da MD accedono a più di 4 visite all'anno dal proprio medico di base, tale percentuale diminuisce al 56% tra i pazienti senza alcuna diagnosi di disturbo mentale.

Interessante è anche lo studio di Callahan et al. (2002) [7] dove si misura il consumo di risorse non solo di pazienti a cui è stata fatta la diagnosi di depressione minore, ma anche a coloro che ne hanno i sintomi. Infatti, come si vede dalla tabella successiva, gli assistiti per cui la BDI ha rilevato sintomi di depressione, ma senza una diagnosi, hanno già un profilo di consumo diverso dai pazienti senza sintomi. E' poi da sottolineare che sono la diagnostica di laboratorio e le cure specialistiche a differenziare maggiormente gli assistiti con e senza depressione. Dato tale approccio, in questo contributo si è testata la significatività statistica della relazione tra gravità dei sintomi e intensità dei consumi, avendo un riscontro negativo. Si è anche verificato che, nonostante l'evidente relazione tra presenza di diagnosi e sintomi depressivi da una parte, ed elevati consumi di prestazioni dall'altra, la prima variabile è predittiva della seconda solo nel caso della diagnostica di laboratorio. Questo risultato, benché riferito ad un solo contributo, suggerisce la difficoltà di individuare l'effettiva dinamica causale della relazione esistente tra stato di salute mentale e consumo di beni e servizi medici.

La difficoltà ad individuare l'esatta natura di questa evidente relazione emerge anche dalla rassegna della letteratura svolta da Rost et al. (2008) [21], in cui si confrontano i risultati ottenuti in dodici studi che hannoverificato un maggior consumo di beni e servizi medici da parte di assistiti affetti principalmente da depressione e/o da ansia rispetto a quelli senza questo tipo di diagnosi.

Se a questo livello di analisi il risultato è comune a tutte le indagini considerate, si ha invece una consistente variabilità quando si entra nel merito dei tipi di servizi in cui tale fenomeno è più evidente: la spiegazione fornita dagli autori è che l'età della popolazione coinvolta così come i contesti locali spiegano la variabilità riscontrata in questolivello più specifico dell'analisi.

Probabilmente, nella lettura delle evidenze di tutti questi studi, è quindi necessario pesare sempre i risultati alla luce dei contesti locali che possono influenzare i comportamenti degli assistiti in termini di accesso sia ai servizi di salute mentale sia ai beni e servizi medici. Come nel caso dell'impatto dello stato di salute mentale sulla produttività lavorativa, la questione che sorge è se l'intervento psicologico sia in grado di intervenire su questo tipo di comportamento assunto dal paziente. Lo studio di Simon et al. del 1995 [19] rileva che dopo un anno di trattamento di coloro a cui era stato diagnosticata la depressione, il valore delle prestazioni domandate è calato, ma resta ancora due volte superiore agli assistiti senza questa diagnosi. Vi sono comunque numerosi studi che dimostrano l'esistenza del fenomeno del medical cost offset: ossia l'intervento psicologico comporta una tale diminuzione nei consumi del paziente, una volta trattato per i disturbi mentali minori, che il risparmio in termini di servizi usati supera il costo dell'intervento stesso.

b. Il fenomeno del medical cost offset nel caso di interventi psicologici per la cura di disturbi mentali minori

Il primo studio ad introdurre la nozione di medical cost offset, grazie all'impatto positivo di interventi psicologici, è di Follette e Cammings nel 1967 [22]. Considerando una popolazione caratterizzata da un elevato consumo di prestazioni mediche non riconducibili a problemi di salute fisica e con simili caratteristiche socio demografiche, si confrontano pazienti non trattati vs trattati con cicli di sedute psicologiche di diversa durata. Il risultato finale è una diminuzione dei consumi da parte dei secondi, benché la dimensione del fenomeno risulti minore per i pazienti con cicli trattati con nove o più sedute, probabilmente a fronte di una maggiore gravità dei disturbi mentali.

A questo primo contributo ne sono seguiti altri tra gli anni Settanta e Ottanta i cui risultati sono presentati in una rassegna di Mumford et al. 1984 [23] da cui emerge che l'85% degli studi analizzati riportano un medical cost offset soprattutto nel caso di pazienti anziani e dei ricoveri. E' poi la rassegna di Chiles et al. (1999) [24] a fare nuovamente il punto dei risultati ottenuti da quest'area di ricerca: tra i novanta studi pubblicati tra il 1967 e il 1997 su questo tema, il 90% registra un medical cost offset in seguito ad un intervento psicologico ed un risparmio di risorse che varia tra il 20 e il 30%. Il fenomeno è maggiore nel caso dei ricoveri e di interventi psicologici maggiormente strutturati, ma la sua dimensione tende ad essere più contenuta negli studi pubblicati nella seconda metà degli anni Novanta.

Nel 2002, Hunsley [25] pubblica una revisione delle revisioni precedentemente svolte, riportando non solo i risultati raggiunti, ma anche concentrando l'attenzione sulla metodologia utilizzata negli studi e fornendo alcune variabili alla cui luce leggere gli esiti presentati. In particolare, pur sottolineando la robustezza dell'evidenza di una relazione tra medical cost offset ed intervento

psicologico, evidenza - circa la metodologia - che raramente si fa una selezione casuale della popolazione analizzata, rischiando così di incorrere in situazioni di autoselezione, dove sono i pazienti più motivati ad accedere ad un intervento psicologico.

I risultati esposti nei diversi studi, secondo Hunsley, dovrebbero poi essere interpretati in base ad alcune variabili che potrebbero influenzare notevolmente il livello di medical cost offset raggiunto. Infatti, vi sono fattori quali (i) le caratteristiche del sistema sanitario e dei percorsi di cura ivi presenti, così come (ii) la tipologia di intervento psicologico utilizzato, dove quello strutturato è maggiormente efficace. (iii) La terza variabile da considerare è, infine, il livello di integrazione raggiunto tra assistenza psicologica e medica per cui ad una relazione più intensa generalmente corrisponde un risultato più incoraggiante. Queste considerazioni, oltre a suggerire la presenza di limiti di riproducibilità degli esiti raggiunti, forniscono prospettive utili per analizzare anche la letteratura successiva.

A queste ultime indicazioni è da aggiungere anche l'effetto confondente sui risultati ottenuti dovuto alle comorbidità. Come osservano, infatti, Koopmans et al. (2008) [26], benché gli studi più metodologicamente solidi abbiano sempre corretto gli esiti ottenuti con le morbidità somatiche, sarebbe necessario ulteriormente approfondire questo aspetto negli studi di quest'area di ricerca. Come dimostra, ad esempio, il lavoro di Gurmankin Levy et al. 2007 [27], nonostante un intervento approfondito di correzione delle comorbidità, queste restano un elemento confondente non facilmente superabile. In questo stesso studio, su 4.500 paziente tra i 55 e i 69 anni in carico da MMG, a cui è stato somministrato un questionario di rilevazione di sintomi di ansia, emerge ancora una volta la difficoltà di comprendere esattamente la natura di una pur evidente relazione tra diagnosi e consumo di risorse mediche. Si ha, infatti, che i sintomi di ansia non spiegano l'associazione tra la stessa diagnosi di ansia e gli elevati consumi di prestazioni medico sanitarie.

In conclusione, dalla letteratura relativa all'impatto dei disturbi minori sul carico assistenziale e sul consumo di prestazioni mediche emergono le seguenti evidenze.

i. L'esistenza di una relazione positiva tra presenza di disturbi mentali anche di tipo minore e volumi di consumo di prestazioni mediche: infatti, ad esempio, pazienti con sintomi e diagnosi di ansia hanno un consumo di servizi medici decisamente superiore a quelli che ne sono privi.

ii. L'entità di questo maggior consumo si è, tuttavia, ridimensionato nel corso dei decenni: i primi studi degli anni Settanta e Ottanta registrano, infatti, una differenza nei consumi tra i pazienti affetti da disturbi mentali e quelli senza, concentrata soprattutto nei ricoveri, maggiore a quanto poi registrato dalle rilevazioni degli anni Novanta. Il fatto che il più consistente divario di consumi, inizialmente, fosse maggiormente nei ricoveri ospedalieri, suggerisce che la diversa organizzazione dei percorsi terapeutici avvenuta in negli ultimi vent'anni, segnata da un spostamento dal regime di ricovero ospedaliero a quello ambulatoriale, ha di fatto ridimensionato anche l'entità del fenomeno studiato da quest'area della letteratura.

iii. Un altro aspetto, per certi versi critico, che emerge solo in alcuni degli studi pubblicati più recentemente, è la difficoltà sia di individuare le variabili capaci di spiegare questa associazione e la causalità tra le due situazioni, sia di eliminare l'impatto confondente delle comorbidità. In altri termini, nonostante la robusta evidenza del fenomeno, non si è ancora riusciti a comprendere, attraverso strumenti di analisi quantitativa, quali sono esattamente le dinamiche e le variabili che lo governano.

iv. Il trattamento farmacologico e l'intervento psicologico sono gli strumenti utilizzati per spezzare questa associazione: alcuni degli studi qui presentati riflettono sulle caratteristiche di queste strategie capaci di renderli maggiormente efficaci, a volte li confrontano direttamente, a volte ancora si prevede una loro integrazione. Una prima caratteristica considerata nel caso degli interventi psicologici è il suo livello di strutturazione: maggiore è quest'ultimo, maggiore sarà anche l'efficacia dell'intervento. Si tratta di un messaggio importante poiché sempre più frequentemente questi interventi sono svolti da infermieri dopo avere seguito un apposito corso di formazione. Una seconda riguarda, invece, la necessità che il disegno di questi trattamenti, al di là dell'approccio adottato, sia caratterizzati da una forte integrazione tra gli operatori della salute mentale ed i clinici che hanno in carico il ristabilimento delle condizioni fisiche del paziente.

Evidenze sull'impatto dei disturbi minori sul carico assistenziale e sul consumo di prestazioni mediche in specifici casi

Fino ad ora, si sono espresse, in termini generali, le evidenze raccolte circa l'associazione tra la presenza di disturbi mentali ed un maggiore consumo di risorse mediche così come l'efficacia dell'intervento psicologico per eliminare o contenere questo fenomeno. Naturalmente, quest'ultimo è stato studiato in una serie di contesti diversi, presenti in un sistema sanitario, che possono essere così definiti: (i) assistenza secondaria di patologie acute / croniche (a seconda dell'evoluzione della patologia) come, ad esempio, neoplasie o disturbi cardiocircolatori; (ii) assistenza primaria e secondaria di patologie croniche quali, ad esempio, il diabete; (iii) assistenza primaria a pazienti definiti dalla letteratura "high user" o "frequent attender" per motivi non riconducibili allo stato di salute fisico. Di seguito, si presenteranno le evidenze emerse in questi tre diversi ambiti dell'assistenza.

a. Assistenza secondaria di patologie acute: le neoplasie

L'evidenza da cui partono questi lavori è una percentuale, compresa tra il 20 e il 50%¹⁵ [28] [29], di pazienti affetti da tumore caduti in uno stato depressivo e di ansia più o meno grave: tale situazione, a sua volta, può avere un impatto negativo sia sul decorso della malattia con un maggiore carico assistenziale sia su un maggiore consumo di servizi e beni medici nella fase di follow – up. E' da sottolineare, tuttavia, fin da ora che la maggior parte degli studi rileva soprattutto l'impatto dell'intervento psicologico sulla qualità della vita del paziente e sullo stato di ansia e depressione piuttosto che sull'eventuale risparmio in termini di risorse. Vi sono poi alcuni studi che applicano un'analisi di costo efficacia agli interventi psicologici a volte limitandosi anche alla sola efficacia, senza una valorizzazione delle risorse impiegate.

E' da sottolineare poi che la maggior parte dei lavori individuati si sono concentrati sul tumore al seno e un numero minore su quello alla prostata e vi siano anche studi che non specificano la tipologia di tumore della popolazione oggetto di studio. Altri due limiti, frequentemente riscontrati in questa parte della letteratura, sono la mancata esplicitazione della fase del trattamento oncologico in cui avviene l'intervento psicologico e l'assenza di stratificazione della popolazione per gravità e stato di avanzamento della patologia. In base a questi aspetti, spesso appunto sottovalutati, può mutare molto la tipologia di intervento necessario e quindi l'efficacia di quanto effettivamente fatto. Questo aspetto è approfondito dal contributo di Jacobsen et al. (2008) [28] che evidenzia come nella fase di diagnosi appena avvenuta, sia sufficiente un intervento diretto a tutti i pazienti per fare conoscere la struttura e un colloquio di spiegazione del trattamento, degli effetti collaterali ecc. ecc. Nella fase di trattamento di pazienti con metastasi è necessario, invece, un intervento strutturato per i pazienti con livelli significativi di ansia e depressione.

Riflessioni circa lo strumento di intervento maggiormente efficace erano state già presentate qualche anno prima in un lavoro di Carlsson e Butz del 2004 [30]: analizzando letteratura degli anni Novanta, si rileva, ad esempio, che interventi psicoeducativi possono essere maggiormente efficaci se somministrati nella fase di diagnosi e/o precedente all'inizio del trattamento vero e proprio, oppure i gruppi di supporto sono soprattutto appropriati per i pazienti in una fase già avanzata della malattia, così come le tecniche cognitive comportamentali sono in misura maggiore utili nel corso di lunghi trattamenti.

Infine, come già evidenziato per la popolazione in generale, si rileva anche per i pazienti oncologici una situazione di sottodiagnosi della depressione. Benché riferito al Regno Unito e pubblicato nel 2004, è importante lo studio svolto da Sharpe et al. (2004) [31] che registra come su quasi 4.000 pazienti seguiti da centri oncologici inglesi, il 23% è risultato avere un punteggio superiore a 15 nella compilazione dell'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). In seguito alla somministrazione della sezione sulla depressione del Structured Clinical Interview (SCI), è emerso che l'8% di tale sottopopolazione aveva disturbi di depressione maggiore e per 150 vi era stato un trattamento per questo stesso disturbo. Da questa ulteriore indagine, emerge che: da una parte, circa la metà non ha mai parlato dei sintomi depressivi con il proprio MMG o oncologo; dall'altra, tra i pazienti seguiti per il disturbo depressivo, a circa il 30% è stato prescritto un trattamento farmacologico che la metà di essi non ha poi seguito. Infine, l'11% è stato indirizzato a servizi di salute mentale ed il 5% dei ha avuto accesso ad un trattamento psicologico per la depressione.

Sono stati individuati cinque contributi¹⁶ [32, 33] che mirano a stimare il medical cost offset di un intervento psicologico in campo oncologico. Simpson et al (2001) [34] svolgono uno studio prospettico randomizzato su 89 pazienti che hanno già superato la fase iniziale e centrale del trattamento per un tumore al seno diagnosticato precocemente e sottoposte ad un ciclo di terapia psicosociale di sei settimane con sedute di novanta minuti. Il confronto dei consumi tra la popolazione del gruppo trattato e del gruppo di controllo è stato svolto nei due anni successivi al trattamento. La prima evidenza riguarda l'effettiva presenza, anche in questo caso,

dell'associazione tra stato di ansia e depressione ed un maggiore consumo di risorse: infatti, le pazienti risultate maggiormente ansiose o depresse al termine de trattamento hanno poi fatto registrare i più elevati livelli di consumo nei due anni successivi, indipendentemente dalla loro appartenenza al gruppo di intervento o di controllo. La modalità di intervento psicosociale ha avuto un impatto positivo sullo stato di depressione ed ansia delle pazienti ancora a distanza di due anni, con una migliore qualità della vita rispetto al gruppo di controllo. Infine, nei due anni di follow up delle pazienti, si è verificato un consumo mediamente del 30% superiore nelle pazienti che non hanno seguito il ciclo di intervento psicosociale.

Un secondo lavoro, proposto l'anno successivo da Stanton et al. (2002) [35], ha per oggetto una popolazione di 60 donne, in uno stadio iniziale di tumore al seno dopo avere subito un primo trattamento quale un intervento chirurgico o una radioterapia, che accede a dei gruppi di espressione delle proprie emozioni attraverso la scrittura. In questo caso, i risultati sono misurati in termini di numero di visite mediche strettamente legate al tumore e di numero di giornate caratterizzate da sintomi auto riportate dai pazienti: il valore di queste variabili è minore nelle pazienti trattate nel gruppo di intervento rispetto a quello di controllo. Non si ha, tuttavia, una valorizzazione delle risorse risparmiate grazie al minor numero di visite oncologiche e di giornate senza sintomi nel follow-up di tre mesi.

Un lavoro che usa non solo l'approccio del medical cost-offset, ma anche l'analisi di costo-efficacia, è proposto da Mandelblatt et al. (2008) [36]. La popolazione oggetto dello studio sono 389 donne statunitensi affette da tumore al seno e già sottoposte ad intervento chirurgico per la rimozione del nodulo, per cui l'obiettivo dell'intervento è facilitare loro il passaggio verso la condizione di sopravvissute ad una patologia degenerativa. Lo strumento di intervento utilizzato fino ad allora, e attribuito al gruppo di controllo, è un opuscolo distribuito alle pazienti per disporre di suggerimenti su come affrontare e superare questa delicata fase del processo di guarigione. Nei due gruppi di intervento, si prevede - per il primo - la distribuzione dell'opuscolo e di un video, mentre - per il secondo - si aggiunge anche l'accesso ad un servizio di counselling. La misura dell'outcome utilizzata è la Medical Outcome Study (MOS) Vitality e la Impact of Event Scale—Revised (IES-R) al termine di un follow-up di sei mesi. In termini generali, il costo per ogni unità di stress in meno è pari a circa 46\$ e non si registrano nell'anno di follow-up livelli diversi di consumo tra le pazienti dei gruppi di intervento e quelle di controllo. Gli autori attribuiscono questo risultato al fatto che il disegno originale dello studio non prevedeva il perseguimento di questo obiettivo e probabilmente l'aggiustamento in corsa ha finito per inficiare il risultato finale.

Se gli studi appena riportati usano lo strumento di analisi del medical cost offset, un secondo gruppo di studi ha come obiettivo l'analisi costo – efficacia degli interventi psicologici nell'ambito delle cure oncologiche: si mira, quindi, a valutare se il rapporto tra costo necessario per l'erogazione dell'intervento e sua efficacia nel migliorare lo stato di salute mentale e/o la qualità della vita del paziente sia superiore a trattamenti alternativi o al non fare nulla. Cambia, quindi, la prospettiva perché non si tratta più di stimare l'impatto dell'intervento psicologico sulla domanda di beni e servizi medici, ma piuttosto di valutare la convenienza ad adottare questo approccio.

Ossia la domanda chiave diventa qual è il costo necessario per ottenere, ad esempio, uno o due punti di miglioramento nella scala di misura della qualità della vita del paziente.

Un primo esempio di contributo ben strutturato in questo ambito è fornito dallo studio di Bares et al. (2002) [37]: questo tratta di pazienti affette da melanoma con un livello di stress rilevato e con un Global Severity Index (GSI) of the Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1992 [38]) tra il moderato e l'elevato che accedono a 4 sedute di terapia cognitiva comportamentale. Il livello di stress del gruppo di intervento si è significativamente ridotto rispetto al gruppo controllo. Il costo dell'intervento è risultato leggermente superiore al costo sostenuto dagli operatori per gestire lo stress delle pazienti: il costo per ogni punto di GSI ridotto nel gruppo intervento è risultato leggermente superiore a quello sostenuto per il gruppo di controllo. Gli autori sottolineano, tuttavia, che si dovrebbe tenere anche conto dell'eventuale decremento nel consumo di altri beni e servizi medici da parte di pazienti con un stato di ansia e depressione più contenuto [35].

Un secondo lavoro proposto da Strong et al. (2008) [39], seppur non specificando il tipo di tumore di cui sono affetti i pazienti, presenta una solida analisi di costo efficacia. E' interessante anche il contesto in cui si è svolto lo studio ossia l'implementazione del programma Depression Care for People with Cancer (DCPC).

In particolare, si prevede l'attribuzione ad un'infermiera oncologica, sotto la supervisione di un psichiatra, sia del ruolo di care manager per il trattamento della depressione del paziente allo scopo di coordinare gli interventi dei diversi specialisti sia di erogatore di un breve trattamento con un approccio problem –solving. Tornando alle caratteristiche dello studio, la popolazione è composta da pazienti di un centro oncologico scozzese con una diagnosi di sopravvivenza maggiore di sei mesi e disturbi depressivi maggiori. Il gruppo di intervento è inserito appunto nel programma DCPC. L'impatto è stata la riduzione significativa dello stato di ansia e affaticamento, ma non si è avuto alcun esito sulle condizioni fisiche e sul dolore. Il costo incrementale rispetto al trattamento standard già erogato per i pazienti oncologici con disturbi di depressione è stato di 5.278 sterline per ogni punto guadagnato nella scala di qualità della vita, valore al di sotto della soglia del NICE e quindi introducibile nel NHS.

Il recente studio di Gordon et al. (2011) [40] fa il punto sulla produzione di lavori che stimano non solo l'impatto clinico, ma anche quello economico dell'intervento psicologico su pazienti affetti da cancro. La prima osservazione, riscontrata anche da chi scrive, riguarda il numero limitato di contributi in questa specifica area di ricerca rispetto, invece, agli articoli scientifici che considerano esclusivamente il beneficio in termini clinici e di qualità della vita. Circa l'intervento psicologico, da una parte, si ha l'evidenza sempre più solida circa l'efficacia di questo tipo di trattamento per i pazienti affetti da tumore; dall'altra, si rileva la variabilità del disegno dell'intervento psicologico anche all'interno della stessa classe di intervento (ad esempio nel caso della CBT). Si registrano poi ampi margini di miglioramento nella componente economica delle analisi svolte: dei cinque paper che forniscono un'analisi di costo-efficacia dell'intervento, solo due (quelli sopra riportati) hanno una robusta impostazione metodologica, benché si sia comunque riscontrata la mancata

inclusione di rilevanti voci di costo e di analisi di sensibilità. E' anche da evidenziare un problema di tipo strutturale in questo tipo di indagine svolto in campo oncologico: i consumi di prestazioni sanitarie da parte del gruppo intervento e controllo spesso non si differenziano in modo significativo perché il percorso terapeutico comune rappresenta una quota predominante delle risorse consumate dai due gruppi di pazienti.

Infine, al di là degli interventi specifici disegnati nell'ambito degli studi e della loro robustezza metodologica, Gordon et al. [40] sottolineano il persistere di una serie di barriere di tipo logistico nell'implementazione di una buona assistenza psicologica ai pazienti oncologici, aspetti già emersi nello studio inglese di Sharpe et al. del 2004 sopra citato [31]. Queste barriere sono la mancata. i. identificazione dello stress psicologico presente nel paziente; ii. prescrizione ed invio del paziente alle strutture preposte, iii. accesso all'assistenza psicologica.

b. Assistenza secondaria di patologie acute: le patologie cardiocircolatorie

Passando alle patologie cardiocircolatorie, è ormai ampia¹⁷ [41] e consolidata¹⁸ [42] [43] la letteratura circa l'associazione presente tra queste prime e la depressione. In particolare, si sono rilevati due fenomeni: il primo riguarda il maggior rischio di incorrere i problemi cardiocircolatori acuti da parte di pazienti con una storia di depressione e il secondo concerne, invece, l'elevata probabilità che un paziente, ad esempio, nella fase successiva ad un infarto miocardico (IM) cada in uno stato di depressione.

Entrando maggiormente nel dettaglio della frequenza con cui la depressione diventa una complicanza dell'IM, Ormel et al. (2007) [44], in uno studio condotto per la WHO, su 18 gruppi di popolazione in tutti i continenti, hanno rilevato che tra gli individui affetti da malattie cardiologiche il rischio di soffrire di disturbi di umore e di ansia è due volte superiore che nella popolazione sana. E' da sottolineare che questo dato persiste in tutti i 18 gruppi selezionati tra America, Africa, Asia ed Europa. Thombs et al. (2006) [45], attraverso una meta-analisi degli studi pubblicati tra il 1980 e il 2004, hanno poi calcolato che la prevalenza di pazienti affetti da depressione misurata con l'indice BDI (BDI > 10) dopo aver avuto un IM, era compresa tra il 29 e il 33%, mentre questa diminuiva al 15,5%, utilizzando la Hospital Anxiety and Depression Scale Score (HADS con un punteggio > 8).

Come già rilevato nell'area della cure oncologiche e si vedrà successivamente in quella delle cure primarie, nonostante l'evidenza consolidata, ci sono contributi che evidenziano frequenti situazioni di sottodiagnosi e di sottotrattamento dei disturbi mentali minori di questo gruppo di pazienti. Ad esempio, Amin et al. (2006) [46] hanno diagnosticato uno stato depressivo al 17% dei pazienti ricoverati in un ospedale per patologie cardiache, rilevando che solo il 25% di questa sottocategoria di pazienti era trattata anche per questa patologia secondaria. Una situazione non troppo diversa era stata registrata sei anni prima in Finlandia da Luutonen et al. (2002) [47]: nel corso dei diciotto mesi trascorsi dall'infarto miocardico, la prevalenza di pazienti depressi era passata dal 21% al 34%, ma nessuno di essi aveva ricevuto un trattamento antidepressivo adeguato e solo due di essi erano in carico dei servizi di salute mentale.

Le evidenze, appena descritte, di mancato trattamento della depressione in questo gruppo di pazienti assumono un peso ancora maggiore alla luce di un'ampia letteratura che dimostra l'impatto negativo di situazioni di sottodiagnosi e sottotrattamento sia in termini di esito della terapia medica sia di episodi. Seguendo la ricostruzione di questa parte di letteratura fatta da Echols et al. 2010 [48], gli studi di coorte degli anni Novanta, dimostrano l'impatto negativo della depressione sul rischio di mortalità dei pazienti affetti da patologie cardiache. I contributi rispettivamente di Frasure-Smith et al. (1999) [49] e Lespérance et al. (2000) [50] hanno iniziato a differenziare tra le diverse malattie cardiache (IM e angina instabile), rilevando sempre un incremento significativo del tasso di mortalità ad un anno dall'evento acuto dei pazienti affetti da depressione con valori BDI elevati. Risultati simili hanno ottenuto Jiang et al. [51] e [52] sulla prognosi di pazienti infartuati e con un concomitante stato di depressione.

Lasciando la prospettiva clinica per quella economica, negli ultimi anni sono stati pubblicati dei lavori che dimostrano come già la presa in carico durante il ricovero di un paziente cardiaco depresso comporta un maggior consumo di risorse e simili situazioni permangono anche nella fase di follow-up. In particolare, uno dei primi lavori in questa direzione (Lauzon et al. 2003) [53] studia i 191 pazienti con $BDI > 10$ (35%) al momento del ricovero dei 587 degenti per IMA (infarto miocardico acuto) tra il 1996 e il 1998 in un ospedale del Quebec: questi ultimi avevano maggiore probabilità di essere cateterizzati (57% vs 47%) e/o di subire un intervento di angioplastica coronarica percutanea entro 30 giorni dall'inizio del ricovero (32% vs 24%), come avere ricoveri ripetuti per complicanze cardiache o angina nella fase di follow up. In tutti questi casi, la differenza è statisticamente significativa rispetto ai risultati osservati per i pazienti non depressi.

Un contributo sempre canadese, ma più recente, di Kurdyak et al (2008) [54] studia la relazione tra depressione, prognosi successiva all'IMA e il consumo di risorse di servizi cardiovascolari e non in poco più di 1900 pazienti tra il 1999 e il 2003, distribuiti tra 53 ospedali dell'Ontario. Dopo avere aggiustato i risultati per sesso, età, reddito, fattori di rischio, comorbidità mediche, interventi subiti e farmaci prescritti, risulta che lo stato di depressione è una variabile indipendente che predice un maggior consumo di servizi. In particolare, si ha un 24% in più di probabilità di re-ospedalizzazione per qualsiasi motivo e un 9% in più solo per problemi cardiaci. Probabilmente, è ancora più interessante il risultato circa l'accesso dei pazienti depressi, nella fase di post dimissione da un ricovero per IMA, per prestazioni mediche non di tipo cardiaco (MMG, visite specialistiche): la probabilità che ciò avvenga tra i pazienti depressi è di 43 volte maggiore che tra i dimessi non depressi. Gli autori, infine, facendo riferimento alle evidenze per cui i pazienti meno bisognosi sono i maggiormente trattati, propongono la presenza di uno stato depressivo quale una dei possibili elementi per spiegare tale paradosso.

Se le evidenze circa l'impatto negativo della depressione sulla prognosi di un paziente con problemi cardiaci, almeno rispetto all'insorgere di complicanze, è consolidato, più complesso appare il quadro circa l'intervento maggiormente efficace da attuare. Infatti, per lungo tempo, l'attenzione è stata attratta dai possibili effetti collaterali che cure farmacologiche della depressione avrebbero potuto provocare sul sistema cardio circolatorio del paziente. Meno

sistematica e più recente è la letteratura sull'impatto dell'intervento psicologico: questo fatto può contribuire a spiegare i risultati non ancora definitivi, registrati dalle rassegne della letteratura del Cochrane Centre [55, 56] circa la sua efficacia nella remissione della depressione e nella riduzione del rischio di mortalità o di recidività della patologia. In particolare, la rassegna svolta da Whalley et al. [56], focalizzata sulle patologie coronariche, indica che gli interventi mirati a spiegare al paziente i fattori di rischio cardiaco hanno un effetto assai limitato sulla remissione della depressione, mentre risultano di maggiore impatto quelli finalizzati a trattare i comportamenti di tipo-A.

Questa rassegna, inoltre, indica che gli interventi psicologici contribuiscono a ridurre i decessi totali: tale risultato non è, tuttavia, confermato dall'altra rassegna Cochrane [55] che analizza anche gli interventi farmacologici, oltre a quelli psicologici. Specificatamente, si rileva che entrambe le modalità di trattamento hanno un moderato impatto positivo sulla remissione della depressione rispetto al non fare nulla o al placebo, mentre non sortiscono alcun effetto sul tasso di mortalità o sul ripetersi di eventi cardiaci. Gli autori della rassegna non hanno, invece, individuato studi di confronto tra la cura farmacologica e l'intervento psicologico. E' da evidenziare infine che gli autori delle due rassegne registrano una scarsità di trial clinici e una notevole variabilità qualitativa di quelli disponibili tale da limitare la solidità dei risultati riportati.

Sembra essere più chiaro l'impatto che un intervento psicologico può avere sul consumo di risorse. E' quanto almeno dimostrano Oranto et al. [58] in un contributo pubblicato quest'anno, dove analizzano il consumo di risorse mediche non legate alla patologia cardiaca da parte di due gruppi di uomini finlandesi (103) al di sotto dei 75 anni che hanno avuto un IM e a cui è stato rilevato un BDI > 10. Il gruppo intervento è trattato con un counseling interpersonale incentrato sulla depressione, svolto da infermiere psichiatriche con una formazione di un giorno; mentre per il caso controllo non viene fatto nulla. Nell'anno mezzo successivo alla dimissione, il 44% dei pazienti inclusi nel gruppo di intervento ha utilizzato i servizi di specialistica per disturbi somatici contro il 73% del gruppo controllo. Tuttavia gli autori rilevano che anche le caratteristiche dei pazienti contribuiscono a spiegare l'accesso o meno a prestazioni di medicina primaria e secondaria: tra questi, ad esempio, c'è il fatto di essere pensionato o meno, così come di vivere da solo o meno. Nonostante, il numero della popolazione sia piuttosto piccolo, si tratta certamente di un lavoro interessante che andrebbe esteso ed approfondito.

c. Assistenza primaria e secondaria di patologie croniche: il diabete

Tra le diverse patologie croniche in cui la depressione ha una rilevante incidenza, il diabete è probabilmente una delle più studiate. Tale situazione può essere dovuta non solo alla diffusione della malattia nel mondo occidentale, ma anche ad una associazione definita da Golden et al. (2006) [59] bidirezionale. Infatti, da una parte, il persistere di uno stato depressivo è stato individuato come un fattore di rischio per il diabete di tipo 2 e, dall'altra, l'essere affetti e la cura di questa patologia comporta frequentemente la caduta del paziente in depressione.

Circa la prima associazione causale, la rilevazione longitudinale svolta in questo studio è un importante contributo in un panorama di lavori dai risultati spesso contrastanti tra loro¹⁹ [60, 61]: in particolare, in una numerosa popolazione americana, emerge che tra i depressi l'incidenza del diabete di tipo 2, nell'arco di tre anni, è stata di 22 ogni 1.000 persone, mentre questo valore scende a 16,6 tra gli individui senza forti sintomi di depressione.

Relativamente alla seconda associazione, i risultati fino ad ora ottenuti sono più coerenti tra loro: si ha, infatti, che i pazienti affetti da diabete di tipo 2 hanno un rischio di sviluppare un'elevata depressione 52 volte superiore di un individuo non malato (Golden et al., 2006) [59]. Un'analisi di prevalenza svolta da 19 Cfr. ad esempio, Golden et al. (2004) [60] e Carnethon et al. (2007). [61] Anderson et al. nel 2001 [62], riscontra una percentuale di pazienti depressi tra i diabetici che varia tra il 15% e il 30%, a seconda dei criteri e delle scale usate nella rilevazione. Un'indagine svolta da Katon et al. (2004) [63] su 5.000 pazienti, sempre americani, in cura presso nove ospedali, ha rilevato che il 12% di questi era affetto da depressione maggiore e l'8,5% da depressione minore. Se Golden et al. [57] hanno attribuito questa diffusione della depressione al carico di autogestire la terapia, poiché il livello di depressione scende notevolmente tra i pazienti affetti da diabete di tipo 2 non trattati clinicamente, Katon et al. (2004) [63] hanno poi cercato di individuare i fattori di rischio che possono condurre un paziente diabetico alla depressione maggiore e minore. In particolare, l'indagine svolta ha condotto gli autori a individuare nel tabagismo e nell'obesità i fattori di maggior rischio di entrambe le tipologie di depressione, mentre la forma maggiore è soprattutto associata a pazienti al di sotto dei 65 anni con poche complicanze e un'elevata concentrazione di emoglobina glicata, quella minore è a maggior rischio gli individui anziani con un più alto numero di complicazioni. E' da sottolineare, in generale, che dietro alle associazioni appena descritte, c'è l'ipotesi che la capacità di autogestire in modo efficace il monitoraggio e la terapia nel diabete, così come adottare stili di vita salutari, contribuiscono a rallentare significativamente il decorso della malattia²⁰ [64], pertanto proprio questo aspetto è al centro dei lavori che studiano l'impatto di uno stato depressivo sull'esito della malattia, l'insorgere di complicanze e il relativo consumo di risorse.

Questa impostazione è stata soprattutto sviluppata da McKellar et al. (2004) [65] e da Piette et al. (2004) [66]. Questi ultimi hanno, infatti, individuato quattro modalità attraverso cui la depressione può avere un impatto sul trattamento del diabete in termini di: i. peggioramento della qualità della vita; ii. minore attività fisica; iii. minore capacità di gestire sia la terapia antidiabetica sia la cura di sé; iv. minore attitudine alla comunicazione con il proprio medico curante.

Sono numerose le evidenze circa queste modalità di associazione tra il diabete e la depressione. Uno dei primi lavori in questo ambito è di Di Matteo et al (2000) [67] con una rassegna della letteratura pubblicata tra il 1968 e il 1998, dove propongono una meta-analisi per cui il diabetico depresso ha un rischio tre volte maggiore di quello non depresso di non aderire alla terapia. E' da sottolineare che secondo questa revisione della letteratura, tale situazione si associa a individui affetti da depressione, ma non da ansia. Il lavoro di Lin et al. del 2004 [68] si basa, invece, su una rilevazione svolta su più di 4.400 pazienti diabetici iscritti ad una Health Maintenance Organisation

(HMO) americana da cui emerge che i pazienti con depressione maggiore, rispetto agli altri, fanno un'assunzione di farmaci orali per l'ipoglicemia, l'ipertensione e la riduzione dei lipidi meno conforme alla prescrizione. Ad esempio, i primi mediamente non assumono i farmaci per l'ipoglicemia per 80 giorni in un anno, mentre ai secondi accade mediamente per 60 giorni. I pazienti depressi, inoltre, sono più frequentemente fumatori e sedentari di quelli non depressi, ma le differenze di adesione al trattamento scompaiono nel caso delle prestazioni per il monitoraggio del diabete o per la prevenzione di complicanze, quali la retinopatia. In un più recente contributo poi Lin et al. (2010) [69], attraverso una rassegna della letteratura e una metaanalisi, tirano le file circa l'impatto della depressione maggiore sul rischio di complicanze micro e macrovascolari (da retinopatie con cecità a problemi nefrologici con necessità di emodialisi). Ne emerge che, considerando un arco temporale di 5 anni, i pazienti depressi hanno un rischio del 36% superiore ai non depressi di sviluppare complicanze gravi microvascolari, quali la cecità, e del 25% per le complicanze macrovascolari (ad esempio, infarto), e tale associazione si rafforza una volta tenuto conto delle complicanze pregresse, delle caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti. E' da sottolineare che si assiste a questo fenomeno anche nel caso di pazienti affetti da depressione minore, benché l'associazione sia significativa solo nel caso di complicanze micro vascolari.

Infine, una parte di questi contributi considera non solo l'impatto clinico della mancata adesione alla terapia, in seguito allo stato depressivo del paziente, ma anche il conseguente aumento dei costi sostenuti per paziente. Senza entrare nel merito della causa della mancata adesione alla terapia, Balkrishnan et al. [70], ad esempio, analizzano l'associazione tra lo stato di salute auto riportato dai pazienti, il livello di adesione ai trattamenti antidiabetici e l'uso dei servizi medici, per 775 pazienti americani al di sopra dei 65 anni. Ne emerge che ad un aumento del 10% del tasso di consumo di medicinali antidiabetici corrisponde una diminuzione dei costi sostenuti da Medicare per tutte le altre prestazioni, non collegate alla cura del diabete, compresa tra l'8% e il 22%. Analizzando, invece, una popolazione diabetica e depressa, Ciechanowski et al. (2000) [71] stimano il costo di questi pazienti in carico nelle cure primarie. Risulta che il consumo di prestazioni e il relativo costo aumentano con il peggiorare dello stato depressivo del paziente: ad esempio, una volta aggiustati i risultati in base all'età, al sesso, alle comorbidità mediche, alla gravità del diabete e alle conoscenze circa il decorso del diabete stesso, emerge che i costi per prestazioni ambulatoriali hanno una probabilità, compresa tra il 51% e l'86%, di essere significativamente maggiori tra i pazienti con un livello elevato e medio di depressione rispetto a quelli con una gravità bassa. Un esito simile si riscontra anche per i pazienti con depressione elevata rispetto alle cure primarie.

Questo approccio è sviluppato anche [72, 73, 74] da Simon et al. (2005) [75] che approfondiscono la natura della relazione tra adesione alla terapia antidiabetica e costi medici sostenuti dal terzo pagante testando alcuni possibili driver. Dalla rilevazione svolta su quasi 4.400 pazienti americani, iscritti ad una HMO, risulta che dopo la presenza di complicanze, è la depressione la variabile maggiormente predittiva dei costi totali sostenuti per ciascun paziente diabetico. In questo lavoro, si stima, in particolare, un incremento di circa il 70% dei costi totali per

servizi medici da parte di diabetici depressi rispetto a quelli non depressi, evidenziando che la quota di questi destinata ai servizi di salute mentale è di poco inferiore al 15%.

L'ultimo aspetto da considerare è l'efficacia dell'intervento psicologico nel trattare la depressione che affligge i pazienti diabetici e contribuire al contenimento dell'uso di risorse sanitarie da parte di questa specifica categoria di pazienti. I risultati, in questo specifico contesto, sembrano essere ambivalenti. Un primo contributo di Lustman et al. (1998) [76] sull'impatto di un intervento di CBT individuale di 10 settimane, su 51 diabetici depressi americani, indica una remissione dalla depressione ($BDI < 9$), a sei mesi dalla fine del trattamento, nel 70% dei pazienti del gruppo intervento e nel 33% nel gruppo di controllo. Inoltre, i livelli di emoglobina glicata sono uguali tra i due gruppi alla fine del ciclo di CBT, ma poi migliorano nettamente nel gruppo di intervento nei sei mesi successivi. Quasi altrettanto positivo è il secondo studio di Lustman et al. (2000) [77] che riguarda, invece, un trattamento farmacologico antidepressivo a base di fluoxetina della durata di 8 settimane per un'ottantina di pazienti diabetici depressi ($BDI > 14$): anche in questo caso, infatti, si ha sia una diminuzione del punteggio della scala BDI sia una remissione della depressione significativamente superiore a quanto avvenuto nel gruppo di controllo che ha assunto un placebo. Circa il livello di emoglobina glicata, si ha un miglioramento nel gruppo di intervento, ma la differenza rispetto al gruppo di controllo non è statisticamente significativa.

Facendo riferimento all'analisi sopra citata di Piette et al. (2004) [66], queste primi studi non tengono conto delle diverse modalità di collegamento tra depressione ed efficacia del trattamento antidiabetico e ciò potrebbe, quindi, inficiare la stima dell'impatto dell'intervento psicologico. Lin et al. [78] (2006), partendo dai contributi precedenti di Finkelstein et al. (2003) [70], Eagle et al. (2002) [72] e di Himelhoch S et al. (2004) [71] affrontano già la natura di questa relazione stimando il contributo della depressione. Tuttavia, al contrario di Simon et al. (2005) utilizzano strumenti di autovalutazione di quest'ultima da parte del paziente, rendendo così meno robusti i risultati finali, comunque coerenti con quanto individuato da Simon et al. (2005) [73] da un precedente lavoro di Katon et al. (2004) [79] su 329 pazienti trattati in 9 diverse strutture di cure primarie ed iscritti ad una HMO americana, hanno proprio l'obiettivo di verificare se l'intervento psicologico comporta non solo la remissione o la diminuzione dello stato depressivo, ma anche migliora specificamente la capacità di autocura e l'adesione al trattamento farmacologico dei diabetici depressi. L'intervento consiste nell'assistenza da parte di una infermiera appositamente formata e monitorata da un gruppo di psichiatri, psicologi e MMG, nella gestione della depressione da parte del paziente, ricorrendo a visite e contatti a scadenze fisse nell'arco di un anno. Il risultato è simile a quello già ottenuto [79], ossia si ha un impatto positivo sullo stato depressivo del paziente, ma non si evidenziano miglioramenti sia nella dieta alimentare seguita, sia nell'attività fisica, sia nel tabagismo, sia nell'adesione al trattamento prescritto di ACE inibitori. Poiché si potrebbero attribuire lo scarso risultato finale alla limitata strutturazione dell'intervento psicologico valutato da Lin et al. [78], assume una particolare rilevanza la rassegna della letteratura, proposta da Markowitz et al. nel 2011 [80]. Qui, infatti, si considerano diciassette articoli scientifici in cui si valuta l'impatto di diversi tipi di interventi psicosociali, andando dalla CBT ai farmaci antidepressivi o ancora all'assistenza integrata sia sullo stato depressivo dei diabetici sia sulla loro capacità di

autogestione del trattamento. Dall'insieme delle evidenze proposte, gli autori arrivano ad una conclusione simile a quella appena menzionata di Lin et al. (2006) [78]: se l'intervento migliora lo stato depressivo, sono discordanti invece i risultati circa l'impatto sulla capacità di controllo della glicemia che tale miglioramento dello stato di salute mentale comporta.

Un approccio diverso è adottato, invece, da Simon et al. 2007 [81] che limitano l'analisi di impatto dell'intervento psicologico al contenimento dello stato depressivo e al costo opportunità di un giorno di depressione evitato, non utilizzando quindi indicatori di esito legati alla cura del diabete. Lo studio, in particolare, valuta l'impatto di un intervento annuale, erogato da infermiere, basato inizialmente su uso alternativo della terapia farmacologica o della psicoterapia con un approccio problem-solving e successivamente sull'eventuale integrazione delle due strategie. Oggetto dell'intervento sono 329 pazienti diabetici diagnosticati anche depressi con la scala DMS-IV, in carico presso gruppi di cure primarie di una HMO americana, osservati nei due anni successivi all'intervento stesso. Nel corso del follow-up, l'incremento di giorni senza sintomi di depressione, a favore del gruppo intervento, è stato di 20 nel primo anno e di 33 nel secondo. Gli autori stimano, al termine del follow-up di due anni, una riduzione dei costi di assistenza pari a 1.100\$, a fronte di un costo dell'intervento pari a 800\$: il beneficio netto finale per il sistema sanitario è stato, pertanto, di 300\$ per paziente. Ciò che emerge evidente da questo studio è soprattutto la necessità di avere dei follow-up, circa l'esito dell'intervento, più lunghi dei 6 o 12 mesi generalmente adottati: è, infatti, significativo che il numero di giorni senza depressione sia ancora maggiore nel secondo anno rispetto al già positivo risultato ottenuto nel corso del primo.

A fianco di questi studi circa l'efficacia degli interventi psicosociali, è anche da segnalare una ben strutturata valutazione di costo efficacia di due modalità di intervento psicologico [82], quali la CBT e la terapia motivazionale (motivation enhancement therapy - MET), oltre al trattamento ordinario, nel migliorare il livello di controllo della glicemia da parte di 1659 pazienti, tra i 18 e i 65 anni, depressi affetti dal diabete di tipo 1. In particolare, i termini di confronto sono stati: i. l'intervento MET vs l'intervento corrente dell'infermiera con una specifica formazione; ii. la combinazione della CBT e della MET vs l'intervento corrente dell'infermiera; iii. la combinazione precedente vs la sola MET. Ad un anno dall'intervento si registrano i più significativi miglioramenti nella glicemia da parte dei pazienti più giovani e con il livello di glicemia più elevato, mentre la valutazione economica non dà indicazioni conclusive poiché il risultato finale varia a seconda che si utilizzi la SF-36 (Short Form-36 Health Survey Questionnaire) o l'EQ-5D (European Quality of Life-5 Dimensions) nella stima dell'efficacia dell'intervento sulla qualità della vita del paziente. Resta, comunque, l'evidenza che l'intervento maggiormente efficace per i pazienti caratterizzati, anche nel lungo periodo, da un controllo sub ottimale della glicemia è la combinazione della CBT e della MET.

Al termine di questa parte dedicata al diabete, si vuole menzionare un'ulteriore rassegna della letteratura, pubblicata nel 2010 da Harkness et al. [83], in cui si affronta un tema rimasto spesso sottotraccia nelle pubblicazioni precedenti ossia il rapporto tra l'assistenza alla salute fisica e mentale dei pazienti diabetici depressi. In particolare, gli autori hanno provato ad individuare

articoli in cui fossero testati interventi mirati a migliorare direttamente sia lo stato di salute mentale, sia di quella fisica, richiedendo quindi uno sforzo congiunto multidisciplinare. I risultati di questa ricerca sono stati negativi, rivelando come anche in questo ambito di cura la collaborazione e il coordinamento degli interventi per la salute fisica e mentale faticano non solo ad essere realizzati, ma anche sperimentati.

In conclusione, si può dire che le informazioni circa l'impatto estremamente negativo della depressione sul decorso del diabete sono consolidate. Il contributo di Simon et al. (2007) [81] indica che l'intervento psicologico può comportare una diminuzione del consumo di risorse non legate alla cura del diabete, qualora si adotti una prospettiva di lungo periodo. Ciò che resta ancora oggetto di riflessione e di studio è, invece, l'esito che un miglioramento dello stato depressivo, ottenuto attraverso un intervento psicosociale, può avere sulla capacità del paziente di autogestire il proprio trattamento antidiabetico con particolare riferimento, ad esempio, all'osservanza della dieta, al tabagismo, alla verifica sistematica della sintomatologia o ancora all'adesione al trattamento farmacologico.

Assistenza primaria a pazienti definiti "high user" o "frequent attender" per motivi non riconducibili allo stato di salute fisico

Insieme alla letteratura sull'impatto della cura della depressione in pazienti affetti da patologie fisiche, si è sviluppato anche un filone sul trattamento di pazienti definiti "high user" o "frequent attender" senza un'apparente motivazione di problemi di salute fisica. Questi pazienti, che si rivolgono soprattutto alle strutture di cure primarie, rischiano di accedere ad una serie di prestazioni inappropriate e non essere trattati per l'effettivo disturbo che è all'origine della loro domanda di cura.

Un quadro piuttosto preciso di questa tipologia di paziente è fornita dallo studio di Ferrari et al. del 2008 [84], svolto in un centro in un "centro di cure primarie" in Emilia-Romagna nell'ambito del progetto Diagnostic Criteria for Use in Psychosomatic Research (DCPR). Dalle interviste strutturate svolte, emerge il profilo del frequent attender: è caratterizzato da un complesso quadro di comorbidità psico-mediche significative (4 sindromi psicosomatiche per paziente vs 1 sindrome psicosomatica degli average attenders). Infatti, la presenza di sintomi somatici funzionali, secondari ad un disturbo psichiatrico, è associata in modo significativo all'essere un frequent attender. Si rileva, inoltre, che la percezione della qualità della vita dei frequent attenders è molto più bassa degli average attenders, una volta pesate le condizioni socio demografiche.

E' evidente, quindi, l'impatto in termini di carico assistenziale e di consumo di prestazioni mediche che questo tipo di paziente ha sul sistema sanitario. D'altro canto, è anche frequente, da parte dei MMG, una certa riluttanza sia ad affrontare questo tipo di paziente sia ad entrare nell'ambito della salute mentale, utilizzandone strumenti e servizi. Esemplificativa è la rilevazione svolta da Baik et

al (2010) [85] sulla propensione dei MMG inglesi ad utilizzare scale specifiche per la diagnosi della depressione: emerge un uso saltuario di queste ultime principalmente mirato a fare accettare la diagnosi ai pazienti che non l'accettano.

Le motivazioni individuate dagli MMG a spiegazione di questa riluttanza sono: i. il tempo necessario per la somministrazione di una scala diagnostica; ii. l'inutilità data la capacità degli stessi MMG a far emergere una sindrome depressiva con pazienti con cui si ha familiarità; la difficoltà a fare accettare a pazienti non conosciuti la diagnosi e una presa in carico per questa patologia. Dato questo scenario, la letteratura scientifica sembra avere concentrato l'attenzione sugli strumenti e/o sulle soluzioni organizzative che possono supportare i servizi di cure primarie nel gestire questi pazienti ed evitare fenomeni di sottodiagnosi e sottotrattamento di disturbi mentali minori. Nell'analisi di questa letteratura, chi scrive ha individuato diversi approcci che vanno da quello più conservativo esclusivamente incentrato sulla figura del MMG a quello più innovativo dove si attua effettivamente una strategia multidisciplinare e multi professionale.

Seguendo questo crescendo, si inizia con il contributo di Bellòn et al. (2008) [86] in cui si sperimenta una sorta di check list usata dal MMG per indagare e riflettere sulle possibili motivazioni che possono spiegare il comportamento da frequent attender di un paziente (biologica, psicologica, sociale, familiare, culturale, organizzativa – amministrativa, correlata alla relazione medico – paziente). Una volta formulata un'ipotesi, il MMG ha la possibilità di confrontarsi con altri colleghi e definire una strategia di intervento. L'uso di questo strumento, che ha coinvolto 6 MMG spagnoli, ha comportato sia una maggiore consapevolezza del problema da parte dei medici di base, sia la loro percezione di essere sostenuti dal sistema nell'affrontare questi pazienti critici. In termini concreti, da una parte, l'ipotesi biologica è stata associata nel 55% dei casi all'ipotesi psicologica e viceversa; dall'altra, si è avuta una diminuzione del numero di contatti con gli MMG, ma non del volume di visite specialistiche a cui hanno avuto accesso questa tipologia di paziente.

Dopo avere visto l'impatto di uno strumento messo a disposizione dei MMG per identificare e quindi affrontare le motivazioni di frequent attender, Rost et al. (2005) [21] sperimentano, invece, il modello del case manager, ruolo affidato al MMG, dopo una fase di formazione, sia per supportare il paziente nell'aderire attivamente alla terapia farmacologica o psicanalitica per la depressione maggiore; sia per segnalare l'eventuale bisogno del paziente di modificare il trattamento corrente o di terminare il trattamento di sostegno erogato nella fase finale. Altro ruolo chiave è affidato all'infermiere chiamato a gestire la cura del paziente. Questa soluzione organizzativa, una volta sperimentata, si dimostra efficace solo con i malati che stanno iniziando per la prima volta il trattamento e risulta comunque avere un costo inferiore alla riduzione di consumo di prestazioni sanitarie. Si può, quindi, sintetizzare che, in questo contributo, il ruolo di case manager del MMG è visto come una sorta di sentinella circa l'andamento generale dei disturbi del paziente e quindi di segnalatore di eventuali modifiche.

Più complessa è, invece, il ruolo proposto da Pace et al. (1995) [87] una decina di anni prima: si attribuisce al MMG, infatti, un ruolo di vero e proprio coordinatore di tutti i caregiver coinvolti nell'assistenza del paziente dall'infermiera allo psicologo. Gli autori sottolineano, comunque, che questa soluzione organizzativa può essere attuata, seguendo due diversi approcci: il primo prevede uno svolgimento di questo ruolo con un approccio orientato al problema, mentre il secondo adotta la prospettiva del processo. In particolare, adottare l'ottica del problema comporta che il MMG coinvolga solo gli psicologi nella valutazione e nel trattamento del paziente attraverso processi di consultazione che possono avere modalità assai diverse: i. essere pareri espressi direttamente dallo psicologo, dopo la visita al paziente, riferendo al MMG che decide poi come procedere; ii. essere consultazioni informali in cui il MMG chiede il parere ad uno psicologo, a volte senza una visita al paziente, con cui c'è un rapporto consolidato; iii. essere, infine, consultazioni collaborative dove lo psicologo fa parte di un team coordinato dal MMG e potrebbe assumere un ruolo più attivo nell'erogazione della prestazione.

Qualora, la prospettiva adottata sia indirizzata al processo di cura, ossia all'integrazione tra l'expertise psicologico e medico e ad una comprensione integrata della situazione biopsicosociale del paziente, si possono avere le seguenti fasi: i. analisi dei motivi della presa in carico e rapporto medico – paziente; ii. valutazione e sviluppo di una relazione terapeutica con il paziente e la famiglia; iii. valutazione e definizione del possibile contributo di ogni care giver alla definizione del problema e all'intervento; iv. formazione dei caregiver su come trattare ed intervenire con il paziente. Gli autori osservano che il primo approccio basato sul problema assegna un ruolo chiave al MMG a cui resta la decisione su come e quando utilizzare l'assistenza psicologica. Viceversa, la prospettiva fondata sul processo dovrebbe comportare un processo di integrazione tra la componente medica e quella psicologica, certamente strategica per la cura del paziente, che tuttavia richiede un livello di formazione e coinvolgimento del MMG da parte dello psicologo non sempre facile da realizzare.

Adam et al. (2010) [88] cercano di superare la dualità tra il ruolo del MMG e dello psicologo, proponendo un care team multidisciplinare che si riunisce a scadenza fissa per definire un programma di intervento e poi condividere la gestione e gli esiti dell'intervento degli MMG su pazienti high user, caratterizzati da un complesso quadro psicobiologico. In questo caso, il ruolo attribuito allo psicologo non viene determinato di volta in volta dal MMG, come descritto da Pace et al., ma è già individuato nei termini di suggerire o confermare diagnosi di disturbi mentali e suggerire tecniche per la comunicazione medico – paziente. Non sono, invece, superati gli ostacoli legati al tempo richiesto agli MMG da dedicare al lavoro in team, aspetto evidenziato anche da Pace et al. (1995) [87]. La soluzione qui proposta da Adam et al. [88] è sostenere il lavoro quotidiano dei MMG in modo che abbiano da dedicare del tempo specificatamente a questa attività. Le ultime due soluzioni organizzative che si vanno a presentare si basano Le ultime due soluzioni organizzative che si vanno a presentare si basano sul totale spostamento del ruolo chiave di manager del caso dal MMG allo psicologo territoriale o ad un gruppo multidisciplinare in cui il primo è marginalmente coinvolto.

In particolare, la figura dello psicologo territoriale è stata introdotta nei Paesi Bassi una trentina di anni fa sia per collocare un esubero di neolaureati, sia per la richiesta di supporto da parte degli MMG nel gestire proprio i pazienti frequent attendere. Attualmente, lo psicologo territoriale ha un proprio bacino di utenza che spesso si sovrappone a quello di medicina generale con l'obiettivo di fare: i. diagnosi di disturbi mentali;

ii. interventi minimi di breve periodo e in caso di inefficacia, inviare il paziente ad un trattamento più intenso e/o di lunga durata. L'aspetto critico evidenziato da Derksen, 2009 [89] in questa soluzione organizzativa è la definizione del livello di gravità che fa scattare la presa in carico dalle strutture ospedaliere o di comunità. La seconda proposta è stata sperimentata in Israele e descritta da Margalit e El Ad (2008) [90]. Questa prevede che gli MMG segnalino ad un centro, appositamente creato presso una struttura ospedaliera, i pazienti high user di servizi medici senza un'apparente motivazione clinica, proponendo loro la presa in carico di un consulente per risolvere definitivamente i rispettivi problemi di salute. Il gruppo multidisciplinare che poi effettivamente segue il paziente è composto da un medico di famiglia esperto dell'approccio biopsicosociale, un infermiere e un assistente sociale nel dipartimento di diagnostica di una struttura ospedaliera. La strategia d'intervento prevede poi le seguenti fasi: i. intervenire sullo stile di vita, oltre a fare psicoterapia di base ed educazione all'automonitoraggio dei trattamenti medici (diabete, ipertensione); coinvolgere la famiglia; svolgere test diagnostici, visite di specialisti e quindi eventualmente fare un cambio di diagnosi medica.

La sperimentazione su un centinaio di pazienti ha comportato una presa in carico, in media, di circa un paio d'anni, ma i pazienti, una volta tornati in carico ai precedenti MMG, hanno effettivamente perso – anche nel lungo periodo - l'abitudine ad un consumo inappropriato di risorse e servizi medici

Ricadute economiche degli interventi psicologici

Interventi sulle malattie croniche.

Studi randomizzati su pazienti con varie malattie croniche dimostrano come interventi psicologici portino alla diminuzione della richiesta di visite ed esami medici inappropriati (di conforto) dal 17% al 35% con un risparmio (considerati i costi dell'intervento psicologico) di 1,5\$ per paziente (Robinson et al. 1989; Vickely et al. 1983). Analoghi interventi di breve durata sono stati fatti in pazienti con artrite reumatoide ed osteoartrite: un follow-up dopo 4 anni mostrava, oltre ad un aumento dell'autoefficacia e riduzione del dolore del 20%, una minore richiesta di interventi sanitari del 43% pari ad un risparmio di 648 \$ (artrite) e 189 \$ (osteoartrite). Gli autori stimano che, se solo l'1% dei pazienti USA con queste patologie usufruissero dell'intervento psicologico si avrebbe un risparmio di 13,6 milioni di dollari per l'artrite e di 19,5 milioni di dollari per

l'osteoartrite (Lorig et al. 1993). Una ricerca (Lorig et al. 1999) ha evidenziato gli effetti di un breve programma psicologico (7 incontri settimanali di gruppo di due ore) su una popolazione di 952 pazienti con patologie croniche (cardiometaboliche, artrite reumatoide, esiti di ictus).

A sei mesi dall'intervento i partecipanti dedicavano più tempo all'attività fisica, mostravano un migliore stato di salute, livelli più bassi di stress, fatica e disabilità rispetto alla popolazione di controllo. Inoltre essi avevano un indice più basso di ricoveri ospedalieri (0,8 notti) e considerando che un giorno di ricovero negli USA costa 1000 dollari il risparmio risulta di 750 dollari per partecipante al corso: più di dieci volte il costo dell'intervento psicologico per persona, concludono gli autori. Alla Stanford University (USA) nel 2006 hanno verificato l'efficacia di un programma per il miglioramento della gestione della malattia (denominato "Chronic

Disease Self-Management Program") in circa mille persone con diverse patologie croniche (cardiache, renali e diabete tipo II). Le persone che hanno mostrato un miglioramento del senso di autoefficacia personale, ad una verifica effettuata dopo sei mesi dall'inizio del programma, hanno poi evidenziato un significativo beneficio rispetto alla popolazione di controllo in diversi parametri di salute (dolore, fatica, intrusione della malattia nella vita quotidiana, distress, disabilità e benessere percepito) ad un successivo controllo effettuato

dopo altri sei mesi (Lorig et al. 2006). Un intervento psicologico si mostra efficace a verifiche effettuate dopo un anno e due anni nel migliorare complessivamente la vita dei malati (minori complicanze, minore stress, maggiore autoefficacia) con diverse patologie croniche (cardiache, respiratorie, ictus, artrite) (Lorig 2001).

Malattie cardiovascolari.

Uno studio condotto alla Menninger Clinic ha evidenziato la capacità di interventi misti (cognitivo-emotivi e biofeedback) di normalizzare la pressione sanguigna in un numero significativo di pazienti ipertesi con un risparmio per interventi sanitari nei 5 anni del follow-up pari a 1.338 dollari per paziente, ivi incluso il costo delle prestazioni psicologiche. Interventi di gestione dello stress possono portare ad una riduzione delle spese mediche in media del 70% nei due anni successivi, a fronte di un aumento del 20% nella popolazione di controllo (Shellenberger et al. 1986). Blumenthal et al. (1997) hanno osservato che interventi psicologici su pazienti cardiaci possono ridurre in rischio di futuri eventi patologici del 75% rispetto ai soggetti che hanno beneficiato solo dei trattamenti usuali. Una meta-analisi basata su 37 studi, riferiti a pazienti con problemi cardiaci, ha evidenziato che le persone che hanno partecipato ad interventi per il miglioramento dell'autoregolazione hanno avuto, rispetto agli altri pazienti con analoghi problemi, un significativo e positivo effetto sulla pressione sanguigna, sui livelli di colesterolo, sul peso corporeo, abitudine al fumo, attività fisica ed alimentazione. Queste differenze tendono a mantenersi ed il dato più interessante è quello che, facendo un confronto a lungo termine tra le due popolazioni (partecipanti ai programmi e controlli, cioè soggetti non partecipanti), si registra una riduzione della mortalità per malattie cardiache del 34% ed una diminuzione di nuovi infarti pari al 29% (Dusseldorp 1999). Uno studio su 107 pazienti cardiaci ha diviso tali soggetti in modo

casuale in 3 gruppi sottoposti il primo alle cure usuali, il secondo ad esercizio fisico ed il terzo ad intervento di gestione dello stress. I pazienti sono stati monitorati per 5 anni in relazione ad infarto al miocardio, bypass ed angioplastica: solo in 10% del gruppo con gestione dello stress iniziale aveva avuto tali eventi a fronte del 21% del gruppo esercizio fisico ed il 30% gruppo cure usuali (Sobel op. cit.). Uno studio su pazienti ospedalizzati dopo infarto al miocardio ha messo i pazienti in condizione di lasciare l'ospedale prima dei controlli, avere meno sintomi ed una migliore qualità della vita, di tornare prima al lavoro (Petrie 2002). Programmi in pazienti cardiaci si rivelano efficaci, attraverso il miglioramento della gestione della malattia e dell'umore, nel promuovere migliori parametri di salute (Shen et al. 2004), arrivando a migliorare la qualità della vita nell'89% dei soggetti (Tingstrom 2002). Uno studio italiano ha peraltro evidenziato che irritabilità ed ansia sono fattori che aumentano nel tempo la mortalità nei pazienti infartuati (Bonaguidi 2005).

Tumori.

Simpson, Carlson e Trew (2001) hanno evidenziato gli effetti economici di un intervento breve (6 sedute) su donne operate al seno: nei due anni successivi vi era un risparmio nei costi sanitari del 23% in media rispetto alle pazienti non trattate psicologicamente, ed il guadagno si manteneva anche considerando il costo dell'intervento psicologico. Anche brevi programmi volti al miglioramento nella gestione dello stress legato alla malattia possono dare significativi benefici, come ha mostrato una ricerca su oltre 400 malati di tumore in trattamento chemioterapico (cura dagli effetti collaterali piuttosto pesanti per la maggior parte dei pazienti). Questi pazienti hanno mostrato significativi benefici sul piano delle funzioni fisiche, della vitalità, un minor numero di limitazioni comportamentali e sociali ed uno stato psicologico migliore (Jacobsen 2002). Analoghi risultati ha avuto uno studio con pazienti oncologici in radioterapia: quelli inseriti in un programma psicologico hanno mostrato, a differenza degli altri, di mantenere ed addirittura incrementare la qualità della vita nonostante gli effetti del trattamento (Rummans 2006). Pazienti neodiagnosticati per vari tipi di tumore che hanno ricevuto una consulenza psicologica breve (cinque incontri) mostrano depressione e dell'ansia ed un incremento nella capacità di gestione delle emozioni (Rawl 2002). Nelle donne operate al seno interventi psicologici migliorano il distress legato alla malattia e producono benefici a distanza di un anno (Antoni 2006).

Interventi su pazienti chirurgici.

Il trattamento di disagio psicologico (ansia, depressione) in pazienti chirurgici ha portato (Strain et al. 1991) ad una riduzione media del ricovero di 1,7 giorni, con un risparmio di circa 1,300\$ a persona. Una review di 191 ricerche sui risultati di interventi psicologici in pazienti chirurgici ha mostrato una riduzione media, rispetto ai controlli, di 1,5 giorni di degenza equivalente ad un risparmio pro-capite di 180 dollari, il rapporto tra spese psicologiche e risparmio conseguito è di 1 a 10 (Devine 1992). In uno studio randomizzato controllato a doppio cieco i pazienti chirurgici (335) sottoposti ad un intervento psicologico con supporto di audiocassetta hanno ottenuto il 43% di perdite di sangue in meno durante l'intervento ed un giorno in media di ricovero in meno rispetto ai controlli (Dreher 1998).

Interventi in Medicina generale.

Smith et al. (1986) hanno evidenziato come una corretta diagnosi e trattamento di problemi di somatizzazione comporta una diminuzione media del 47% di spese sanitarie, a fronte di nessuna riduzione nella popolazione di controllo. Un analogo ricerca ha evidenziato una diminuzione delle spese sanitarie annue del 33%, pari a 289 dollari per anno (Smith et al. 1995). Un largo programma è partito dalla constatazione che l'80% dei costi sanitari è impegnato dal 15% della popolazione negli USA e che questo in parte può essere dovuto a fattori psicologici (stress, amplificazione dei sintomi). Venne così effettuato un intervento psicologico su una parte di questa popolazione che portarono ad una riduzione delle spese sanitarie del 21,5% (intervento breve) e del 30% (intervento più lungo) rispetto ai controlli (Pallak et al. 1995). Interventi psicologici e di gestione dello stress di gruppo di breve durata (sessioni settimanali di 90 min. per sei settimane) su pazienti che ricorrono spesso alla medicina di base per sintomi con significativa componente psicologica e senza chiara base organica (palpitazioni, respiro corto, disturbi gastrointestinali, mal di testa, insonnia, problemi muscolo-scheletrici, ecc.) hanno portato un miglioramento del benessere ed una minore ricorso a cure sanitarie nei sei mesi successivi con un risparmio di 85 dollari a persona a fronte dei controlli (Hellman et al. 1990). Diversi studi (O'Donahue et al. 2002) hanno evidenziato che, in percentuali variabili tra il 60 ed il 70% delle visite nella medicina di base riguardano sia situazioni in cui problemi psicologici e stress psicologico vengono espressi come sintomi fisici che "mimano" un disturbo o una patologia fisica, sia situazioni in cui fattori psicosociali interferiscono con le cure mediche e con l'aderenza alle stesse. I medici rispondono a tale situazione soprattutto con prescrizioni di esami clinici e farmaci (anche ad un piccolo gruppo di tali pazienti viene consigliato un consulto psicologico). Kroenke e Mangelsdorff (1989) hanno revisionato i dati clinici dei pazienti di medicina interna di un ospedale per tre anni riscontrando una chiara origine organica dei problemi presentati solo nel 16% dei casi, essendo nel 74% l'etiologia sconosciuta "con probabilità che molti sintomi fossero correlati a fattori psicologici". Una review su 18 studi controllati evidenzia l'efficacia nel tempo dell'intervento psicologico nel distress in pazienti che sono sottoposti a terapie a lungo termine, valutandone i vantaggi rispetto agli effetti indesiderati del trattamento psicofarmacologico in pazienti con diverse co-morbidità (Bharucha et al. 2006 Interventi sul dolore cronico. Uno studio comparso sull'"European Journal of Pain" stima una perdita di circa 10 milioni di giornate lavorative in Europa ogni anno a causa del dolore cronico, il che equivale ad un costo di un miliardo di euro; in Italia si calcola che il problema riguarda il 25% della popolazione generale ed il 50% degli anziani (Lazzari 2007). Numerose ricerche hanno dimostrato l'efficacia degli interventi psicologici nella riduzione del dolore e della disabilità e nello sviluppo delle abilità della persona a gestire il dolore (Eccleston 2002). È stato inoltre evidenziato che i cambiamenti cognitivi che avvengono durante il Pain Management predicono i risultati dei trattamenti, in particolare la riduzione di un atteggiamento catastrofico e rinunciatario e l'aumento del senso di autoefficacia si rivelano decisivi nell'assicurare un buon successo di questi interventi (Burns 2003). Una meta-analisi su diversi studi ha mostrato che pazienti che usufruiscono di interventi integrati (farmaci e psicologia) sul dolore, comportano minori spese sanitarie annue pari a 5.596 dollari rispetto ai 13.284 dei controlli. Moltiplicando tale risparmio per i pazienti trattati in questi studi (2.318 persone) gli autori hanno ottenuto una

minore spesa di circa 20 milioni di dollari (Flor et al. 1992). Un analogo programma ha mostrato un miglioramento del benessere dei pazienti ed un minori ricorso ad interventi sanitari del 36% nei due anni dopo l'intervento, pari ad un risparmio annuo di circa 150\$ solo per visite mediche (Caudill et al. 1991). Kroner-Herwig in una review (2009) ha evidenziato l'efficacia degli interventi psicologici in diverse sindromi dolorose (mal di schiena, mal di testa, fibromialgia, disturbo temporo-mandibolare, dolore gastrointestinale nei bambini) ed i vantaggi economici che producono riducendo le ricadute.