

COOPERAZIONE PSICOLOGO-MEDICO A BENEFICIO DELLA SALUTE E DELLA SANITÀ

di Antonio Capodilupo

Self-editing, Il Mio Libro, 23 ottobre 2017

NUOVI PARADIGMI DI ASSISTENZA

- l'unità della persona
- la presa in carico;
- la multifattorialità;
- la interdisciplinarietà e il lavoro d'équipe;
- l'*empowerment* individuale e di comunità;
- la promozione della salute.



Il Chronic Care Model per gestire le cronicità

1-promuovere la cooperazione fra tutti i produttori di servizi per malati cronici

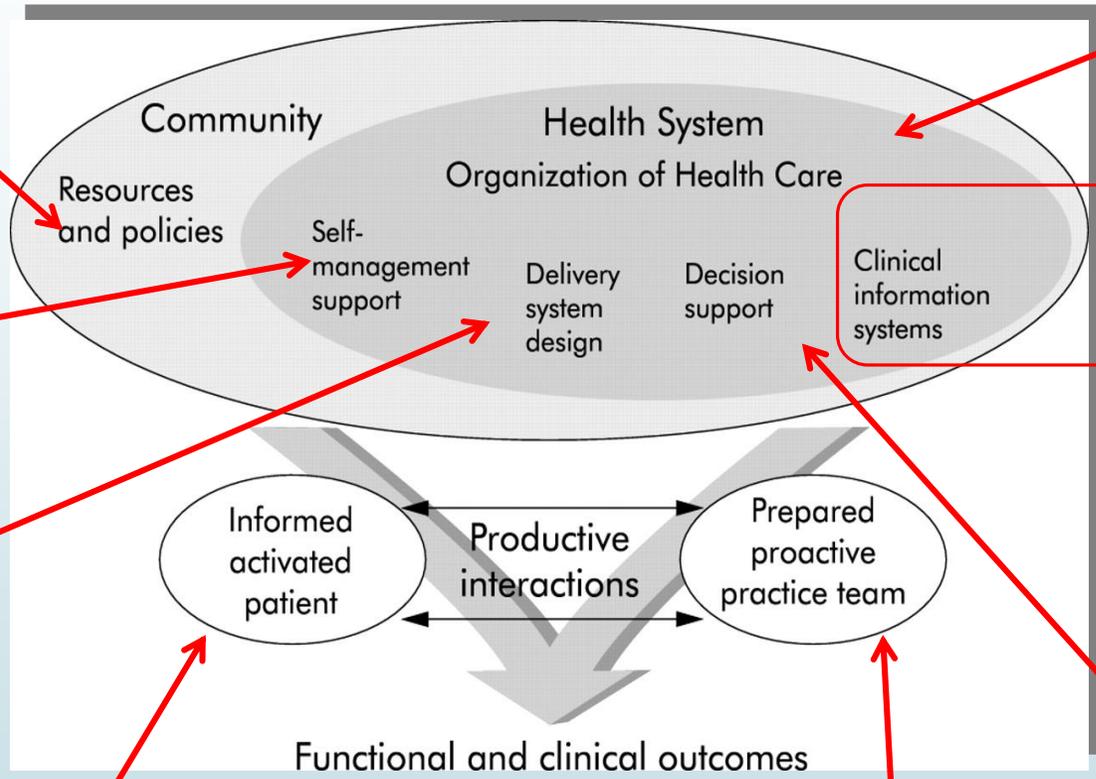
3-promuovere il self-management

4-affidare prevenzione e cura a team multidisciplinari

2-finalizzare alle sole cronicità una parte delle risorse del sistema assistenziale

6-rendere l'accesso ai dati clinici completo e rapido

5-riferirsi a percorsi assistenziali EBM e standard assistenziali; audit e formazione



Expanded CCM (Canada)

Pazienti esperti e attivi

Curanti (medici) proattivi

MEDICINA DI INIZIATIVA

Wagner e coll., California, 1998
McColl Institute for Healthcare Innovation

PREVALENZA DELLE MALATTIE CRONICHE



	Italia	Lazio	Latina
Diabete	5,5	302.500	35.359
BPCO	6,0	330.000	30.494
Ipertensione	25-30	1.512.500	151.250
Scompenso cardiaco	2-5	137.500	7.082
			228.250

(Dati Dipartimento Epidemiologia Regione Lazio, prevalenza anno 2012 su adulti)

La cronicità oggi assorbe l'80% delle risorse sanitarie

MODELLO DI ATTESA

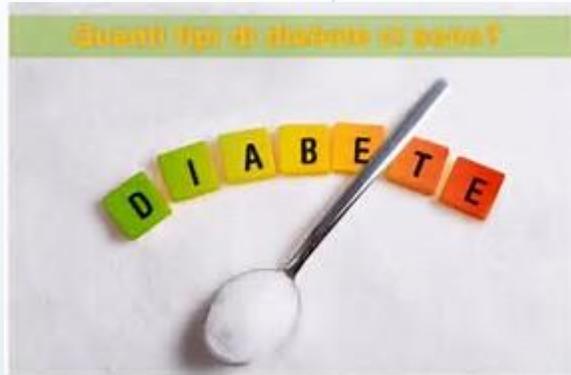
Il paradigma dell'attesa è quello tipico delle malattie acute

attesa di un evento sul quale intervenire con l'obiettivo della risoluzione del problema

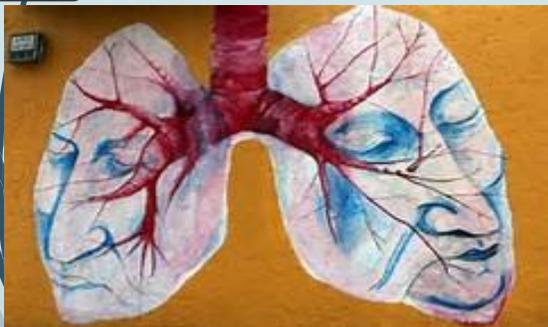
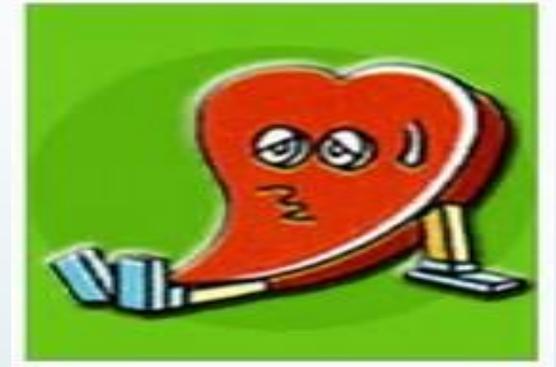
L'attesa è il paradigma classico del modello bio-medico di sanità, quello su cui si fonda la formazione universitaria e quindi paradigma dominante anche nell'ambito della medicina territoriale e delle cure primarie



Persone che non guariscono



1. Descrizione
2. Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale
3. Aspetti psicologici
4. Strumenti di valutazione
5. Analisi costi/efficacia

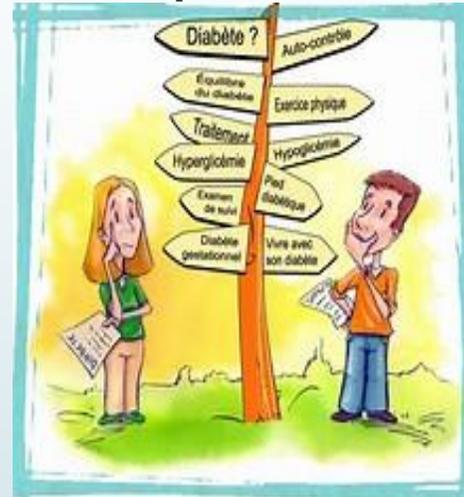


DIABETE

► **Anderson et al., 2002** - rapporto bidirezionale tra stato psichico e controllo metabolico del diabete: depressione e ansia si associano a livelli più elevati di emoglobina glicata e un migliorato controllo metabolico genera una percezione di miglior QdV nel diabetico.

► **Solano, 2001**: il sostegno psicologico promuove l'autoefficacia nella gestione dello stato diabetico.

Mumford et al., 1984: nell'85% di studi esaminati in una vasta *review*, risulta che gli interventi psicologici riducono la spesa per i pazienti ricoverati.



Bayat et al., 2013: l'approccio psico-educativo esteso aiuta la *compliance*.

Toumbourou, 2010: da una meta analisi di 91 studi deduce che gli interventi psico-educativi precoci riducono del 20% la spesa san.

Pipitone, 2008: lo studio *COstofDiabetes in Europe - Type2 (CODE-2)*, su 7.000 pazienti prediab., conclude che l'associazione metformina e stili di vita più salutari è economicamente valida.

Studio europeo DAWN (*follow up* è concluso nel 2012 interessando 15.000 pz): l'educazione terapeutica e l'alleanza operatore-paziente sono gli "alleati" della QdV del diabetico.

Intesa Psy Lazio-AMD (2015): protocollo per valutare l'impatto costo/efficacia di un percorso semestrale di gruppo, nel quale gli psicologi intervengono con incontri di 2 ore sett.

SCOMPENSO CARDIACO

Ferghenbaum et al., 2015: in cinque anni, l'assistenza domiciliare, fa guadagnare una media di \$ 10,6 per paziente, equivalente alla riduzione dell'11% sulla spesa sanitaria totale, di cui il 94% per minor numero di ospedalizzazioni (metanalisi).

Aguado et al. (2010): il costo per persona del gruppo che riceve un'unica sessione educativa a domicilio è di € 671,56 contro i 2.154,24 € del gruppo di controllo (trial).

Accordo quadro tra Reg. Umbria e S.I.M.G.: il rapporto finale del 2014 dimostra che il costo standard per lo Scompensato Cardiaco ha fatto registrare una apprezzabile riduzione, rispetto al costo grezzo, sia nei non ricoverati che nei ricoverati.



IPERTENSIONE

- **Center for Disease Control, 2005:** la presa in carico, mentale e comportamentale, gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento delle 15 maggiori cause di mortalità negli USA, tra cui l'ipertensione.
- **Genesis et al., 2012:** concludono la loro rassegna sugli aspetti psicologici nell'ipertensione, dicendo che la sfida, nella gestione del paziente iperteso e nella prevenzione del danno cardiovascolare, consiste nel miglioramento dell'aderenza ai trattamenti farmacologici.
- **Morrissey et al., 2016:** gli studi dimostrano che il trattamento psicologico determina un aumento del 50% dell'aderenza dei pazienti alla terapia (review).
- **Glynn et al., 2010:** l'auto-misurazione della pressione riduce i valori alti sia della sistolica che della diastolica.
- **Sharma et al., 1998:** riferiscono l'utilità di tecniche di rilassamento autogeno, di biofeedback e interventi cognitivo comportamentali.



BRONCO-PNEUMOPATIA CRONICO-OSTRUTTIVA

L'obiettivo delle cure mediche puntava, in passato, a innalzare lo stato di salute e prolungare la sopravvivenza, oggi intende sostenere nel soggetto un livello di qualità di vita accettabile. Fondamentale è la riduzione del fumo.



Kaptein et al., 2009, la review sulle ricerche psicologiche degli ultimi 50 anni, in cui è stata rinvenuta l'applicazione di 9 approcci (psicoanalitico, psicosomatico, neuropsicologico, qualità della vita, psico-mantenimento, psico-educazione, conoscenze della malattia e strategie di coping, self-management, assistenza collaborativa), concludono che è evidente la tendenza a rendere il paziente sempre più attore del management della propria malattia.

Heslop et al., 2013: in una review, trovano efficace insegnare competenze cognitivo-comportamentali a operatori addetti all'assistenza dei pazienti con BPCO.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE PSICOLOGICA

DIABETE:
Locus of control
Stima di Sé
Stress percepito

(tutti)
ANSIA
DEPRESSIONE

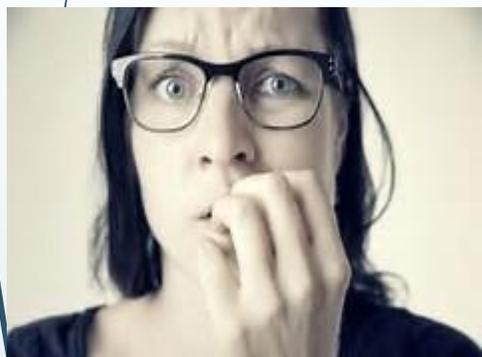
SCOMPENSO
CARDIACO:
Percezione della
malattia, QdV

IPERTENSIONE:
Alexitimia

BPCO:
QdV



PREVALENZA DEI DISAGI PSICHICI MINORI



- Nello studio multicentrico internazionale dell'OMS (Ustun & Sartorius, 1995) risulta che il 24% dei pazienti, che si recano dal medico di famiglia, presenta disturbi psichici, tra cui 10,4% depressione e 7,9% ansia generalizzata.
- In Germania, il Robert Koch Institut (Mack et al., 2014) ha rilevato, in un campione di oltre 5 mila cittadini, la prevalenza di vari disturbi psichici, evidenziando un forte gap nell'offerta pubblica di trattamenti mirati.
- In Italia, il rapporto PASSI 2007-9 rileva una quota dell'8% di italiani che manifesta segnali di depressione tra i 18 e 69 anni di età;



Lo studio ESEMeD (2004) segnala che l'11% dei partecipanti di sei nazioni europee dichiara di aver sofferto di un disturbo d'ansia generalizzata nella sua vita (e più del 5% negli ultimi 12 mesi).

ANSIA E DEPRESSIONE



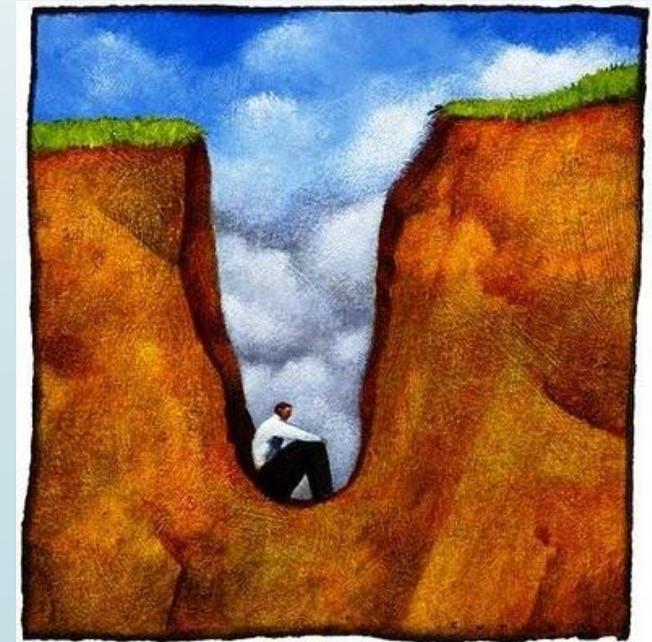
McManus et al., 2009: trovano che, in Inghilterra, solo un quarto delle persone con disturbi di ansia e depressione e della condotta ricevono un trattamento.

ESEMed sulla popolazione europea: solo del 26% e i due terzi di questi soggetti ha consultato un operatore dei Servizi di Salute Mentale, gli altri si sono rivolti al MMG.

Lazzari, 2014: la depressione si giova degli interventi cognitivo comportamentali e di psicoterapia dinamica breve molto più che degli antidepressivi.

Anderson et al., 2008: la riduzione dello stress arreca un prolungamento della vita, nelle evenienze del tumore al seno ...

Whalley, 2011: ... e delle malattie cardiovascolari.



VOGLIA DI BENESSERE

ALIMENTAZIONE: secondo lo studio “Buono da Pensare” del 2015, condotto da GfK Eurisko e promosso da TreValli, gli italiani sembrano tornati a scegliere la dieta mediterranea: maggior consumo di frutta (5,7 volte a settimana), verdura (4,8) e pasta (4,7), di cereali e pesce.

ATTIVITÀ FISICA: dai dati Camera di Commercio di Milano aggiornati al 2014, risulta che, nel nostro Paese, la crescita del settore benessere dal 2013 al 2014 è del 2,1% per un totale di 39.481 imprese: 31.330 istituti di bellezza (+1,9%), 3.842 palestre (+1,3%), 3.065 centri benessere fisico (+2%) e 1.244 pedicure e manicure (+9,6%).

CONSUMO DI ALCOL: il rapporto ISTAT 2015 rileva che sono diminuiti i bevitori quotidiani, mentre sono aumentati quelli occasionali



FUMO: Il report presentato dal Ministero della Salute nel 2015 rileva che, negli ultimi anni, in Italia, c'è un sensibile calo nella vendita di sigarette, pari a una riduzione del 5,7% (quasi due pacchetti in meno al mese acquistati da ciascun fumatore), dal 2011.

VALIGETTA DEGLI STRUMENTI

Alcuni suggerimenti:

- ▶ modello trans-teorico del cambiamento di Prochaska (Prochaska, Norcross e Di Clemente, 2007);
- ▶ problem solving strategico;
- ▶ psico-educazione;
- ▶ strategie di coping;
- ▶ counselling, terapie a seduta singola (Hoyt, 2014) e terapie brevi, di varia formazione.

Competenza su: PDTA, appropriatezza, EBM, valutazione di efficacia ecc.



NUOVI SETTING



Casa della Salute

U.C.P.C.I.
unità cure primarie complessa integrata

ORARIO DI APERTURA
LUNEDI'-VENERDI': ORE 8.00 - 20.00 CONTINUATO
SABATO: ORE 8.00 - 14.00

«E' una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente

l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino corrispondente a circa 5-10.000). La Casa della salute rappresenta il luogo di tale ricomposizione, il contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui può operare, superando le precedenti divisioni, l'insieme del personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base (che vi

1. La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata, all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, ambulatoriali» (Livia Turco, Ministro della Salute, 22 marzo 2007), con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio...

2. La UCCP garantisce il carattere multi-professionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria" (Legge n. 189/2012 «Balduzzi», art. 7).

OPPORTUNITÀ ECONOMICHE

- Finalizzazione del fondo di produttività collettiva, come da CCNL 8/6/200:
 - Obiettivi specifici di risultato
 - Economie di gestione
 - Risorse integrative regionali
 - Acquisto di prestazioni.
- Ri-determinazione del fabbisogno di personale e assunzioni in risposta alle nuove domande di assistenza connesse ai PDTA per cronici
- Spazi professionali ex legge n. 81 del 22 maggio 2017, "Tutela del lavoro autonomo": imprenditoria privata o in associazione d'impresa o in consorzi professionali stabili
- Strumento finanziario dei *SIB - Social Impact Bond*



2017

ENPAP



INVESTIRE IN PSICOLOGIA

Come gli Psicologi fanno risparmiare la Collettività



ENPAP 2017

Investire in psicologia

Regione

Progetti

[Abruzzo](#)

3

[Basilicata](#)

0

[Calabria](#)

0

[Campania](#)

3

[Emilia-Romagna](#)

15

[Friuli-Venezia Giulia](#)

2

[Lazio - Roma](#)

22

[Liguria](#)

4

[Lombardia](#)

15

[Marche](#)

4

[Molise](#)

1

[Piemonte](#)

9

[Puglia](#)

2

[Sardegna](#)

2

[Sicilia](#)

5

[Toscana](#)

5

[Trentino-Alto Adige](#)

0

[Umbria](#)

1

[Valle d'Aosta](#)

0

[Veneto](#)

12

Totale

105

Totale presentati

250

• "ESSERE IN EQUILIBRIO". Incontri informativi e attività pratiche per prevenire il disagio emotivo <i>Comune di Bondeno (Ilaria Vaccari)</i>	170
• ICHNOS <i>Cooperativa Sociale Gruppo Scuola Onlus (Luca Oppici)</i>	172
• InCreasing <i>Associazione Volere Volare (Claudia Galiano)</i>	174
• La Psicoterapia Breve Strategica come prevenzione all'interno del SSN <i>Centro di Terapia Strategica s.r.l. (Sara Parsi di Landrone)</i>	176
• Lo Psicologo a scuola <i>Rossella Valvasori</i>	178
• Lo Psicologo di Base accanto al Medico di Medicina Generale <i>Università La Sapienza di Roma, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica (Luigi Solano)</i>	180
• Prevenzione del disagio giovanile <i>Cooperativa Sociale L'Airone Srl (Alessandra Di Bernardino)</i>	182
• Progetto PERSEO <i>Istituto Gestalt Romagna a.c. (Efisio Temporin)</i>	184
• Pronto Soccorso Psicologico <i>Psychology Center di Maria Ines Palumbo</i>	186
• Psicodramma e Sociodramma per il benessere dei lavoratori <i>Enrico Santori</i>	188
• Psicologo delle cure primarie <i>International Society of Psychology (Loredana Scalini)</i>	190
• Psicologo nel Pronto Soccorso <i>Croce Verde di Ponte a Moriano (Renato Bertolucci)</i>	192
• Psicologo per tutti <i>Cooperativa Sociale Metamorfosi (Carlotta Longhi)</i>	194
• Quando la psicologia si fa lavoro: la salute di imprenditori e lavoratori <i>Ambra Cavina</i>	196
• "Seguimi con gli occhi" ...per stare meglio <i>Spazio Aperto Servizi Cooperativa Sociale ONLUS (Silvia Lo Forti)</i>	198
• Sportello di ascolto psicologico "La terra di mezzo" <i>Comune di Jesi (Marisa Campanelli)</i>	200
• Stai bene col tuo lavoro <i>Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como (Vito Tummino)</i>	202
• Step Therapy Reggio Emilia <i>Centro Epoché (Sara Rivi)</i>	204

Modelli di cooperazione tra Medico di Base e Psicologo di base

- Tipo A = un pomeriggio o una mattina a settimana, il medico di base accoglie lo Psicologo nella sua stessa stanza. Il paziente sceglie se:
 - 1 – effettuare la visita medica con il medico di base e lo psicologo insieme: lo psicologo ascolta e interviene.
 - 2 – effettuare la visita medica senza la presenza dello psicologo: lo psicologo entra a richiesta del medico.La componente psicologica è gestita direttamente allo Psicologo.
- Tipo B = un pomeriggio o una mattina a settimana, il medico di base accoglie lo Psicologo nella stanza delle visite, su chiamata dello stesso medico, durante le ore di ricevimento, per effettuare consulenza, *nell'hic et nunc*.
- Tipo C = un pomeriggio o una mattina a settimana, il medico di base, durante gli orari di visita, rende disponibile allo psicologo uno spazio idoneo, all'interno della stessa struttura, per un consulto psicologico.
- Tipo D = un pomeriggio o una mattina a settimana, il medico di base mette a disposizione dello psicologo uno spazio all'interno della stessa struttura, ma al di fuori degli orari di visita, facendogli invii.
- Tipo E = lo Psicologo mette a disposizione un pomeriggio o una mattina a settimana per ricevere i pazienti inviati dal Medico di Base presso la sede dello Psicologo stesso, nelle vicinanze dello studio medico.

I Modelli di cooperazione A, B, C, D ed E sono esposti in ordine d'efficacia (il Tipo A è il più efficace, il Tipo E è il meno efficace) e di livello d'integrazione tra le attività dello psicologo e del medico.

LEGGE LORENZIN N.3/2018 DEL 11.01.2018

La legge n. 3/2018 "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute"», pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale, è entrata in vigore il 15 febbraio.

Art. 9 Ordinamento delle professioni di biologo e di psicologo

4. All'articolo 1 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, è premesso il seguente: «Art. 01 (Categoria professionale degli psicologi). - 1. La professione di psicologo di cui alla presente legge è ricompresa tra le professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956



Consiglio Nazionale Ordine Psicologi

**RUOLO della PSICOLOGIA
nei Livelli Essenziali di Assistenza**



ENPAP

Settembre 2017

**LA SITUAZIONE DELLA
PROFESSIONE DI PSICOLOGO
IN ITALIA E IN EUROPA**

Anno 2013

**Indirizzi e raccomandazioni per l'implementazione dell'
assistenza psicologica nelle cure primarie
nella rete sanitaria territoriale del Piemonte**

Scheda P.A.S. 2012 – n. 4.1.7

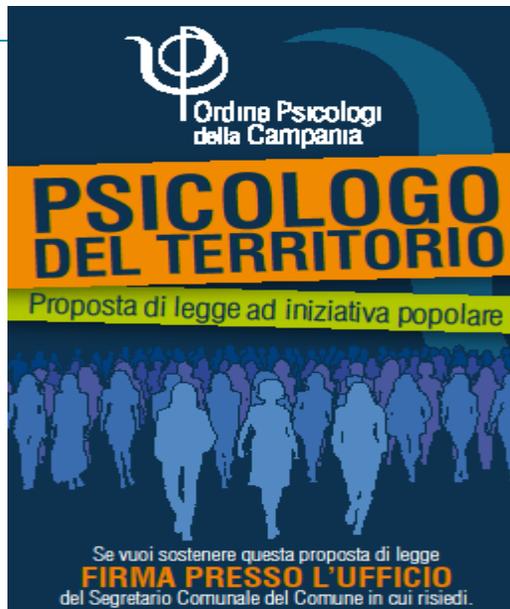
Bur n. 59 del 13/06/2014

(Codice interno: 275496)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 716 del 27 maggio 2014

Compresenza della figura dello "Psicologo di Base" (PdB) nell'ambito dell'organizzazione territoriale regionale a supporto dei Medici di Assistenza Primaria (MAP). Avvio della sperimentazione.

[Servizi sociali]



LEGGE PROVINCIALE 6 maggio 2016, n. 5

Disciplina del servizio di assistenza e consulenza psicologica in provincia di Trento. Modificazioni della legge provinciale sulla scuola 2006 e della legge provinciale sul lavoro 1983

(b.u. 10 maggio 2016, n. 19, suppl. n. 5)

INDICE

- Art. 1 - *Oggetto e finalità*
- Art. 2 - *Promozione del benessere psico-fisico della persona*
- Art. 3 - *Servizio di consulenza e assistenza psicologica*
- Art. 4 - *Commissione di valutazione*
- Art. 5 - *Provvedimenti attuativi*
- Art. 6 - *Disciplina regolamentare*
- Art. 7 - *Informazioni sull'attuazione della legge*
- Art. 8 - *Modificazione dell'articolo 7 della legge provinciale 7 agosto 2006, n. 5 (legge provinciale sulla scuola 2006)*
- Art. 9 - *Modificazione dell'articolo 1 quater della legge provinciale 16 giugno 1983, n. 19 (legge provinciale sul lavoro 1983)*
- Art. 10 - *Disposizioni finanziarie*

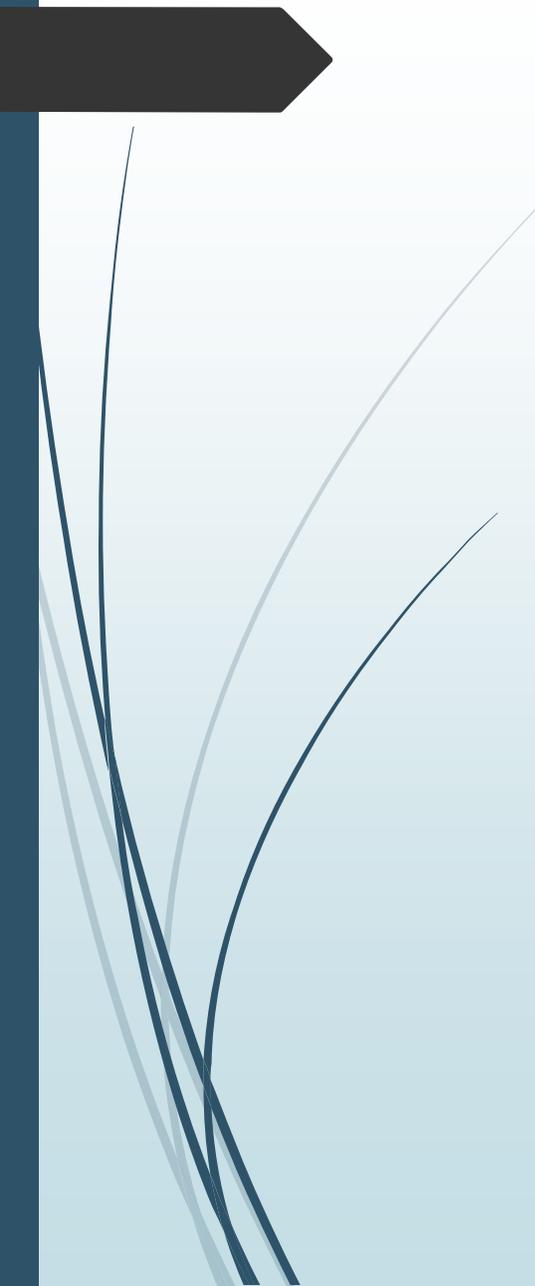
**Regione Marche.
"Istituire lo psicologo
delle cure primarie".
Mozione Pd in consiglio
regionale
(15 aprile 2016)**



Report

**IMMAGINI E ATTEGGIAMENTI DEI MEDICI E DEI
PEDIATRI DI BASE RISPETTO AL DISAGIO PSICHICO E
AL RUOLO DELLO PSICOLOGO**

Alessandro Couyoumdjian e Andrea Gragnani



**GRAZIE
DELL'ATTENZIONE.**