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]

Note per la trasparenza:
Con il presente atto si intende dare avvio, in forma sperimentale, ad una iniziativa che prevede la compresenza dello "Psicologo di Base" nell'ambito dell'organizzazione territoriale regionale a supporto dei Medici di Assistenza Primaria.

Il Presidente dott. Luca Zaia riferisce quanto segue.

Come rilevato dai maggiori organismi internazionali, tra cui l'OMS, è oggi ampiamente riconosciuto come non si possa parlare di salute senza includere il concetto di salute psicologica ovvero di salute psicofisica.

Il ricorso allo Psicologo è ancor oggi limitato, tuttavia, solo ad alcune fasce della popolazione [di solito quelle con "sintomi" o disadattamento reattivo a varie situazioni (lutti, malattie, etc.)] ed è ancora soggetto ad un forte pregiudizio; inoltre, i servizi disponibili sono solitamente concentrati su fasce specifiche di disagio (servizi per le tossicodipendenze, centri di salute mentale,tutela minori, ecc..). L'intervento è, pertanto, molto spesso tardivo.

Le ricerche hanno dimostrato che, accanto a bisogni di salute di carattere fisico, la presenza e la soddisfazione dei bisogni psicologici risultano altrettanto importanti e fondamentali per la salute psico-fisica degli individui. La letteratura, inoltre, ci dimostra che la maggior parte di queste persone, in fase iniziale, chiede aiuto al suo medico di famiglia, e almeno il 50% di dette richieste (Balint, 1975; Magill e Garret, 1988) esprime un disagio psicologico-relazionale.

L'accesso "*volontario e diretto*" ad uno psicologo, in grado di dare risposta ad un disagio di origine non biologica, è reso, però, estremamente difficile dal perdurante pregiudizio sociale nei confronti degli operatori di qualunque tipo di servizio, specificamente operante nel campo della salute mentale. Questo fa sì che il contatto con l'utente, laddove il medico di assistenza primaria ne riscontri l'importanza e ne offra la possibilità, avvenga in genere in fasi del disagio drammaticamente tardive, con il rischio che sintomi e disturbi si cronicizzino.

È, quindi, evidente la necessità di costituire una situazione in cui l'ascolto psicologico appaia chiaramente come qualcosa previsto per tutti e non per una categoria particolare di persone.

Per questi motivi unire nello stesso ambulatorio/sede le risposte ai bisogni fisici e relazionali dei pazienti potrebbe consentire di intercettare rapidamente e con miglior efficacia i disagi emotivi, potrebbe migliorare la comunicazione tra professionisti, incentivare il lavoro di prevenzione e di comunicazione tra Servizi, migliorare la compliance terapeutica e, se possibile, ridurre anche la spesa farmaceutica e l'eccessiva prescrizione di esami.

Su questi presupposti in Gran Bretagna è stato attivato il progetto "Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)" che ha coinvolto 6.000 psicoterapeuti per terapie brevi (Clark, 2011) su circa 600.000 persone, con un risparmio di 272 milioni di sterline nel sistema sanitario pubblico (http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/).

OBIETTIVO: Promozione della salute

Sempre più spesso la domanda di salute è una domanda di benessere: è la voglia di superare il disagio. In questo contesto lo "Psicologo di Base" offre un nuovo servizio che si propone di rispondere a bisogni psicologici della popolazione con funzione di prima risposta e filtro alle richieste di salute e benessere più comuni, mirando alla promozione della salute.

Lo Psicologo di Base si rivolge fin dall'inizio ad un utente che, in base ad alcuni sintomi o a situazioni legate al contesto di vita, potrebbe sviluppare disturbi sanitari importanti se tali non venissero accolti e seguiti nell'immediato.

Lo PdB pertanto:

. segue tutto il processo di intervento, offrendo un intervento minimale, in ambiente '*rassicurante'* poiché è al fianco e/o insieme al MAP, senza il rischio di essere etichettati come "*disagiati psichici*", motivo per cui molte persone non accettano l'intervento della figura dello psicologo;

. "*intercetta*" il disagio iniziale ed, eventualmente, in casi molto limitati e specifici, effettua, in accordo con il MAP, degli invii a specialisti dei servizi territoriali;

. offre un ascolto che prende in esame, oltre ai sintomi fisici, tutta la situazione relazionale, intrapsichica, del suo ciclo di vita;

. favorisce un interscambio tra Medicina e Psicologia e valorizza le reciproche competenze, di Medicina e di Psicologia, con un notevole arricchimento culturale di entrambe le figure;

. evita o limita,laddove l'accoglienza è adeguata, la spesa per analisi cliniche e visite specialistiche, specie quando queste nascono da un tentativo di lettura di ogni tipo di disagio all'interno di un modello esclusivamente biologico.

Il ruolo dello "Psicologo di Base", per questo motivo, assume delle caratteristiche di professionalità in grado di riconoscere il passaggio dal cosiddetto "*modello malattia*", in cui l'utente è il singolo individuo/gruppi, filtrato/i dalla diagnosi che individua le patologie da trattare, al "*modello salute*", in cui, andando oltre la distinzione di "*malati*" e "*sani*", considera tutta la popolazione suscettibile di "*migliorare*" la propria posizione nei confronti della vita.

COLLABORAZIONE tra Medici di Assistenza Primaria e Psicologo di Base

L'ambito in cui lo "Psicologo di Base" può esplicitare il suo ruolo può essere l'ambito di assistenza primaria territoriale, prevedendo nella stessa collocazione (UTAP/Medicina di Gruppo Integrata) componenti mediche (MAP) e psicologiche (PdB).

La collaborazione sta nell'intercettare quella parte della popolazione che pone una domanda aspecifica, dove il medico di assistenza sanitaria evidenzi una condizione pre-patologica e chieda una consulenza per analizzare la situazione ed anticipare disturbi che potrebbero diventare problematiche sanitarie.

L'intervento, perciò, deve essere: breve, gratuito per l'utente, rapido e con facilità di accesso.

Infatti, la collaborazione medico-psicologo esprime compiutamente l'approccio biopsicosociale alla salute e risponde alla sempre più diffusa "*esigenza di porre al centro la persona, nella considerazione che la salute é patrimonio della collettività, che le scelte della politica debbono privilegiare la tutela della salute, che il dovere civico alla salute é basato su doveri di solidarietà sociale, che se per ciascun cittadino l'impegno a proteggere la propria salute è un dovere civico, per gli operatori sanitari è anche un dovere etico-professionale, che l'umanizzazione deve essere un vincolo pregnante del sistema-salute*" (PSSR 2012-2016).

INDIVIDUAZIONE DEL PERSONALE

Gli Psicologi di Base devono essere individuati tra gli psicologi dipendenti e specialisti ambulatoriali interni, con la disponibilità di almeno 3 mezze giornate/settimana (per un totale di 12-15 h/sett.li) di presenza presso un ambulatorio dedicato all'interno della sede di riferimento della Medicina di Gruppo Integrata in stretta collaborazione con il MAP.

Si tratterebbe di un ambulatorio di primo livello con accesso su prenotazione (attraverso agenda informatizzata della Medicina di Gruppo Integrata) o su invio accompagnato direttamente dal MAP, senza "impegnativa rossa".

Il MAP in base alle situazioni e ai bisogni espressi dall'utente, prenota direttamente, in uno spazio dedicato, l'accesso allo "Psicologo di Base" (attraverso l'agenda informatizzata della Medicina di Gruppo Integrata).

Gli Psicologi di Base così individuati, potranno anche prevedere una compresenza di Psicologi Psicoterapeuti in formazione (specializzandi), con adeguata supervisione.

RUOLO dello "Psicologo di Base"

La medicina attuale è sempre più una medicina "*d'organo*", focalizzata più sulla "*malattia*" che sul paziente nei suoi diversi aspetti, perdendo progressivamente di vista i fattori emozionali e psicologici, anche come determinanti della salute.

L'approccio di conseguenza è sempre più spostato sull'asse prescrittivo (farmaci, esami, etc), con un importante aumento della spesa, cui non si associa, tuttavia, un pari livello di soddisfazione dei pazienti.

Il ruolo dello "Psicologo di Base", pertanto, è quello di:

. identificare *precocemente* le situazioni ad elevato rischio di sviluppo di psicopatologia o le situazioni di disagio emotivo-relazionale non ancora strutturato,

. contribuire alla gestione dei "pazienti difficili", anche cronici, con difficoltà nella compliance terapeutica e nella gestione degli stili di vita, oppure dei "pazienti lamentosi", "ipocondriaci" o di altri che mascherano il loro disagio sotto forma di sintomo fisico, ma anche di tutti coloro che stanno vivendo situazioni di vita molto stressanti (lutti, separazioni, perdite importanti, problemi economici, etc), che spesso si traducono in "sintomi" (cefalea, insonnia, inappetenza, etc).

Lo "Psicologo di Base" si rivolge al singolo utente, nelle diverse fasi del suo ciclo di vita, alla coppia, alla famiglia, e svolge interventi di diagnosi, di sostegno breve (massimo n. 3 sedute).

Lo "Psicologo di Base", inoltre, può funzionare da elemento di raccordo tra i servizi "specialistici" (CSM, SerT, Servizi Sociali, etc) e la sua compresenza col medico di assistenza sanitaria può migliorare la performance di entrambi, proprio per processi di apprendimento reciproco di competenze e informazioni, che si traducono, nell'esperienza del paziente, nella riunificazione delle sue esperienze fisiche e psicologiche, sia in situazione di malattia, sia in fase precedente a questa.

DEFINIZIONE DEI COMPITI dello "Psicologo di Base"

Nello svolgimento della propria attività lo "Psicologo di Base" procede:

1. alla identificazione precoce delle problematiche emotive, prima che queste sfocino in patologie (fisiche o psichiche) conclamate (prevenzione primaria) o gestione delle problematiche già in atto (prevenzione secondaria);

2. alla gestione dei problemi di adattamento (malattie croniche, lutti, eventi particolari di vita), del disagio emotivo transitorio (es. post-traumatico), delle difficoltà legate al particolare ciclo di vita (adolescenza, età adulta, senilità, etc) e, ove necessario, provvede alla segnalazione della problematica con invio delle situazioni più complesse ai servizi di secondo livello;

3. all'inquadramento psicodiagnostico, consistente in supporto breve e focale (massimo tre sedute), in colloqui di sostegno, al singolo, alla coppia, alla famiglia, a gruppi, in counselling su problematiche specifiche, in supporto nella gestione della compliance terapeutica e nella gestione dello stile di vita, in supporto nella gestione dello stress;

4. alla compartecipazione con il medico di assistenza primaria alla definizione di "*salute*" del singolo paziente, integrandola con tutti questi aspetti;

5. alla formazione, confronto e intervisione su casi clinici;

6. alla raccolta e valutazione dei dati (interventi, efficacia, soddisfazione, etc).

RISORSE

Trattandosi di professionisti già operanti in ambito aziendale, non sono previste risorse aggiuntive.

MONITORAGGIO

Al fine di verificare il buon esito dell'iniziativa e l'efficacia dell'intervento, si ritiene che le Aziende ULSS, sedi della sperimentazione, provvedano ad inviare al Settore (ex Unità Complessa - UC) Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, entro il 28 febbraio 2015 e successivamente entro 31/08/2015, una relazione dettagliata sui casi presi in carico, [es. volume dell'attività, esito dell'intervento, quantità di prescrizioni (esami e farmaci), numero di accessi in ambulatorio, livello di soddisfazione].

Allo scopo di valutare l'efficacia dell'intervento saranno utilizzati adeguati strumenti di valutazione.

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI EFFETTUABILI

Il medico di assistenza primaria intercetta tutte quelle situazioni non psicopatologiche, ma con forte componente psichica, dove i pazienti non avvertono la necessità di un invio dallo psicologo e non ne farebbero mai domanda, anche se la componente psicologica ha un ruolo così importante che ne condiziona la salute fisica e quella sociale.

Il MAP chiede l'affiancamento dello PdB per intervenire in una fase del "*disagio iniziale*", in cui non si sono ancora organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico o psicologico, ma che, se non seguite, potrebbero diventare gravi disagi sanitari.

A tale proposito si riporta, di seguito, l'elenco dei disturbi da considerare:

1. disturbi d'ansia;
2. disturbi dell'umore;
3. problemi relazionali e familiari;
4. reazioni post traumatiche da stress: lutti, malattie, violenza;
5. disturbi dell'adattamento;
6. disturbi somatoformi;
7. disturbi del sonno;
8. problematiche genitoriali;
9. problematiche relazionali e di coppia;
10. problematiche della sfera sessuale;
11. disturbi della dipendenza in esordio: da alcol, da sostanze, da gioco, ecc.;
12. disturbi depressivi transitori (post diagnosi, lutti, post partum, ecc.);
13. disturbi da stress in care-giver;
14. disturbi da stress lavoro correlato;
15. problematiche degli stili di vita legate a malattie croniche.(diabete, cardiopatie, ecc.);
16. disturbi cognitivi in esordio.

Tutto ciò premesso, con il presente provvedimento, si intende dare avvio ad un'iniziativa volta a promuovere il valore della co-presenza medico-psicologo di base nell'ambito di una delle forme associative evolute già esistenti nel modello veneto di assistenza integrata. La richiesta di assistenza psicologica potrà essere avanzata dal MAP e lo "Psicologo di Base" opererà, in collaborazione con il medico, nello stesso ambiente. Questa collocazione, oltre a facilitare il contatto, attenua, fino ad eliminarli tutti, i "*pregiudizi*" comunemente associati agli operatori della salute psichica, facilita i contatti e la comunicazione/condivisione di strategie tra medico e psicologo, anche sul singolo caso.

A tal fine, si propone di sperimentare l'introduzione della figura dello Psicologo di Base all'interno di due UTAP/ Medicine di gruppo integrate:

. una presso l'UTAP "*Casa per la Salute di Schio*" dell'Azienda ULSS n.4;

. l'altra presso l'UTAP "*Medinfiore*" dell'Azienda ULSS n.7.

Conseguentemente, l'attività dello Psicologo di Base sarà svolta presso la sede di riferimento delle UTAP/Medicina di Gruppo Integrate individuate.

Si propone di stabilire che la sperimentazione abbia durata annuale con inizio dall'1/09/2014 e termine il 31/08/2015 e di rinviare ad un successivo provvedimento della Giunta Regionale la valutazione di prosecuzione dell'iniziativa di cui trattasi.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

VISTA la LR 29/11/2001 n. 39 - art. 42 - 1° comma.

VISTA la Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" e s.m.i.;

VISTA la Legge 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. "legge Balduzzi");

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale esecutivo con Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005 e smi e l'Accordo Regionale, esecutivo con DGR n. 4395 del 30/12/2005;

VISTO l'art. 2, comma 2, lett. o) della L.R. n. 54/2012;

delibera

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente provvedimento;

2. di approvare l'iniziativa volta a promuovere il valore della co-presenza medico-psicologo di base, attuando una forma di collaborazione tra Medico di Assistenza Primaria e "Psicologo di Base";

3. di avviare, in via sperimentale, l'introduzione della figura dello "Psicologo di Base"all'interno di due UTAP/Medicine di gruppo integrate, l'una presso l'UTAP "*Casa per la Salute di Schio*" dell'Azienda ULSS n. 4 e l'altra presso l'UTAP "*Medinfior*" dell'Azienda ULSS n. 7. L'attività dello "Psicologo di Base" sarà, quindi, svolta presso la sede di riferimento delle UTAP/Medicina di Gruppo Integrate individuate;

4. di individuare il personale, che svolgerà l'incarico di "Psicologo di Base", tra gli psicologi dipendenti e specialisti ambulatoriali interni con la disponibilità di almeno 3 mezze giornate/settimana (per un totale di 12-15 h/sett.li) di presenza presso un ambulatorio dedicato all'interno della struttura della UTAP/Medicina di Gruppo Integrata;

5. di individuare la dott.ssa Emilia Laugelli e il dott. Nicola Michieletto quali referenti aziendali del progetto rispettivamente per l'Azienda ULSS n. 4 e per l'Azienda ULSS n. 7, nonché di nominare la dott.ssa Emilia Laugelli quale coordinatore di progetto per la Regione, che riferirà in merito alla sperimentazione alla dott.ssa M.Cristina Ghiotto, dirigente del Settore (ex UC) Assistenza Distrettuale e Cure primarie;

6. di disporre che la sperimentazione abbia durata annuale con inizio dall'1/09/2014 e termine il 31/08/2015;

7. di stabilire che le Aziende ULSS, sedi della sperimentazione, provvedano ad inviare al Settore (ex UC) Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, entro il 28 febbraio 2015 e successivamente entro 31/08/2015, una relazione dettagliata sui casi presi in carico come stabilito in premessa, al fine di riscontrare il buon esito dell'iniziativa e l'efficacia dell'intervento;

8. di incaricare il Dirigente del Settore (ex U.C.) Assistenza Distrettuale e Cure Primarie dell'esecuzione del presente atto;

9. di rinviare ad un successivo provvedimento della Giunta Regionale la valutazione di prosecuzione del l'iniziativa di cui trattasi;

10. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

11. di disporre la pubblicazione urgente del presente atto nel BUR.