



ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
CAMPUS DI CESENA

CORSO DI LAUREA IN
SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

**LO PSICOLOGO DELLE CURE PRIMARIE: ESPERIENZA ALLA CASA DELLA
SALUTE DI RUSSI (RAVENNA)**

RELAZIONE DELLA PROVA FINALE IN METODOLOGIA DELLA RICERCA
PSICOLOGICA

RELATORE

PRESENTATA DA

PROF.SSA GIOVAGNOLI SARA

GNANI CHIARA

SESSIONE I
ANNO ACCADEMICO 2020/2021

SOMMARIO

ABSTRACT	2
INTRODUZIONE	3
Capitolo primo: LO PSICOLOGO NELLE CURE PRIMARIE	5
1.1 L'importanza della psicologia delle cure primarie (PCP)	5
1.2 Le conseguenze economiche	6
1.3 Collaborazione tra medico e Psicologo delle Cure Primarie	7
1.4 Le esperienze nei Paesi Bassi	8
1.5 Le esperienze nel Regno Unito	11
1.6 Le esperienze in Italia.....	14
1.6.1 L'esperienza nel Lazio di Luigi Solano.....	15
1.7 Confronto tra esperienza olandese, esperienza inglese ed esperienza italiana	17
Capitolo secondo: L'ESPERIENZA DELLA CASA DELLA SALUTE DI RUSSI (RAVENNA)	20
2.1 Linee di indirizzo regionale.....	20
2.2 Il ruolo della psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).....	21
2.3 Progetto Ausl della Romagna: la Casa della Salute di Russi (Ravenna).....	23
2.3.1 <i>La nascita del progetto</i>	23
2.3.2 <i>La funzione dello PCP</i>	24
2.3.3 <i>La formazione dello PCP</i>	25
2.3.4 <i>Strutturazione del progetto</i>	25
Capitolo terzo: I DATI RACCOLTI ALLA CASA DELLA SALUTE DI RUSSI (RAVENNA)	31
3.1 Il comune di Russi	31
3.2 Presentazione dei dati raccolti	31
3.2.1 <i>Metodi di raccolta dati</i>	32
3.2.2 <i>Popolazione</i>	32
3.2.3 <i>Percorso terapeutico</i>	32
CONCLUSIONE	35
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	37
RINGRAZIAMENTI.....	42

ABSTRACT

Il presente elaborato approfondisce il ruolo della professione dello Psicologo di Cure Primarie, valutandone le funzioni principali e i vantaggi derivati. Nel primo capitolo si approfondiscono i vantaggi economici, sociali e clinici che lo Psicologo di Cure Primarie può portare all'interno di équipe sanitarie. Per presentare meglio i dati statistici viene effettuato un confronto tra alcune esperienze europee. Nel secondo capitolo si illustrano l'articolazione e la strutturazione dello studio pilota dell'AUSL della Romagna condotto alla Casa della Salute di Russi. Ciò viene messo in relazione alle nuove linee di indirizzo e ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il terzo capitolo analizza brevemente i primi dati raccolti nel primo anno di intervento. In conclusione, si valuta come l'impatto della pandemia COVID-19 stia incidendo in modo negativo sul benessere psicologico e sull'aumento dei disagi reattivi, rendendo quindi necessario l'intervento dello psicologo all'interno dei *setting* di cure primarie.

Parole chiave: Psicologo di Cure Primarie, promozione della salute, psicoeducazione, Casa della Salute di Russi.

INTRODUZIONE

Questa tesi di laurea triennale tratta della figura dello Psicologo di Cure Primarie (PCP), o psicologo di base, come figura fondamentale all'interno dell'équipe mediche, in quanto consente a tutti i cittadini di accedere facilmente, tramite il medico di famiglia, a servizi psicologici erogati dalle ASL. Rappresenta quindi, il primo punto di contatto tra cittadino e servizi psicologici, portando ad una collaborazione tra tutti gli agenti della rete curante, ad un alleggerimento del carico di lavoro dei servizi specialistici e a un miglioramento della qualità delle prestazioni dei servizi territoriali.

Ho scelto questo argomento di tesi, perché dopo aver svolto il mio tirocinio curricolare presso l'AUSL della Romagna sotto il tutoraggio della dott.ssa Rachele Nanni, mi sono ancor più interessata alla psicologia all'interno della Sanità Pubblica. Nonostante gli estremi limiti del nostro Sistema Sanitario Nazionale, apprezzo molto come tutti i cittadini italiani abbiano la stessa possibilità di essere curati e seguiti da specialisti senza dover affrontare spese ingenti e per molti non sostenibili.

Il Decreto Lorenzin (art.9) del 2017 ha attribuito alla professione di psicologo il pieno riconoscimento come professione sanitaria, pertanto appare necessaria l'introduzione e la strutturazione di questa nuova figura professionale all'interno dell'équipe sanitarie di cure primarie. Ad oggi però, nella maggior parte delle ASL regionali italiane lo psicologo è accessibile solo ai pazienti con disturbi mentali conclamati e/o con condizioni familiari severe.

Nel primo capitolo presenterò le caratteristiche principali dello Psicologo di Cure Primarie, sia in termini di stato di salute secondo l'OMS, sia dei vantaggi economici che l'introduzione dello PCP nella sanità pubblica porterebbe. Inoltre, spiegherò come la collaborazione tra medico e psicologo porterebbe ad importanti vantaggi clinici nei pazienti, evitando la "medicalizzazione" dei problemi e promuovendo stili di vita salutari. Farò ancora un confronto con altre realtà europee più strutturate della nostra: la realtà olandese che ha introdotto lo PCP già alla fine degli anni '80; la realtà inglese che ha combattuto molto per la strutturazione del PCP; infine, l'esperienza italiana, ad oggi più documentata, di Luigi Solano, che seppur con diversi limiti ha sperimentato la figura dello psicologo nel contesto di Cure Primarie.

Nel secondo capitolo illustrerò il progetto dell'AUSL della Romagna, della dott.ssa Rachele Nanni, nel quale ho avuto modo di partecipare. Parlerò di come hanno deciso di strutturare lo studio pilota alla Casa della Salute di Russi (Ravenna), sulla base delle linee di indirizzo regionale e dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Infine, nel terzo e ultimo capitolo, analizzerò in breve i dati raccolti dalla ricerca di Russi durante il primo anno di lavoro, facendo una considerazione finale sui vantaggi derivati dal progetto alla Casa della Salute di Russi e come hanno inciso sulla situazione pandemica.

CAPITOLO PRIMO: LO PSICOLOGO NELLE CURE PRIMARIE

1.1 L'importanza della psicologia delle cure primarie (PCP)

Nel 1946 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la salute come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente assenza di infermità o malattia” (WHO, 1946, p. 61). Questo conferma come non esista benessere fisico senza benessere psicologico (Liuzzi, 2016), e in questo hanno un ruolo fondamentale le cure primarie.

Sempre l'OMS, nella conferenza di Alma Ata del 1978, ha definito le cure primarie in questo modo:

“L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il fulcro principale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della comunità. È il primo livello grazie al quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il Sistema Nazionale Sanitario; portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile al luogo in cui le persone vivono e lavorano, e costituendo il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria” (WHO, 1978, p. 2).

Le cure primarie rappresentano il primo punto di contatto tra individui e servizi sanitari (Liuzzi, 2016), ed in prima istanza è anche quello più richiesto dai pazienti con problemi di salute mentale (Walker & Collins, 2009). È quindi fondamentale che queste siano accessibili, che garantiscano continuità assistenziale e che assicurino equità sociale a tutti i cittadini (WHO, 1990).

La psicologia di cure primarie tende a focalizzarsi sui bisogni di salute e sulle necessità della popolazione, richiedendo la partecipazione attiva degli individui. Inoltre, offre un servizio di continuità assistenziale che consente di seguire l'individuo anche a lungo termine.

Questo comporta un migliore accesso alle cure e alle terapie psicologiche, un miglioramento della qualità del trattamento psicologico di primo livello, un perfezionamento degli esiti terapeutici e una maggiore collaborazione tra i diversi professionisti impegnati nella cura della salute mentale (Liuzzi, 2016).

La psicologia nelle cure primarie ha l'obiettivo di promuovere stili di vita più salutari ed erogare psico-educazione alla salute, inducendo un aumento dell'aspettativa di vita e un miglioramento delle sue condizioni (Bianco, 2018).

1.2 Le conseguenze economiche

Il raggiungimento del benessere mentale, che troppo spesso viene sottovalutato, in realtà rappresenta circa il 20% delle spese sanitarie nei paesi sviluppati (WHO, 2005). Le spese sono rappresentate da costi per prescrizioni di farmaci psicoattivi, da congedi e assenteismo sul posto di lavoro per malattia, e dall'utilizzo di servizi di emergenza e di consultazioni mediche. Temporeggiare sull'intervento al disagio psicologico non fa che aumentare i costi per il servizio sanitario e peggiorare le condizioni di salute della persona (Solano, 2010), senza contare che secondo uno studio di Liuzzi i disturbi mentali costituiscono il 13% delle patologie sanitarie nel mondo (Funk & Ivbijaro, 2008).

Uno studio condotto da Olesen e colleghi nel 2012 mostra quali sono stati i costi in merito a 19 specifici disturbi mentali nell'anno 2010 in Europa (*vedi figura 1*):

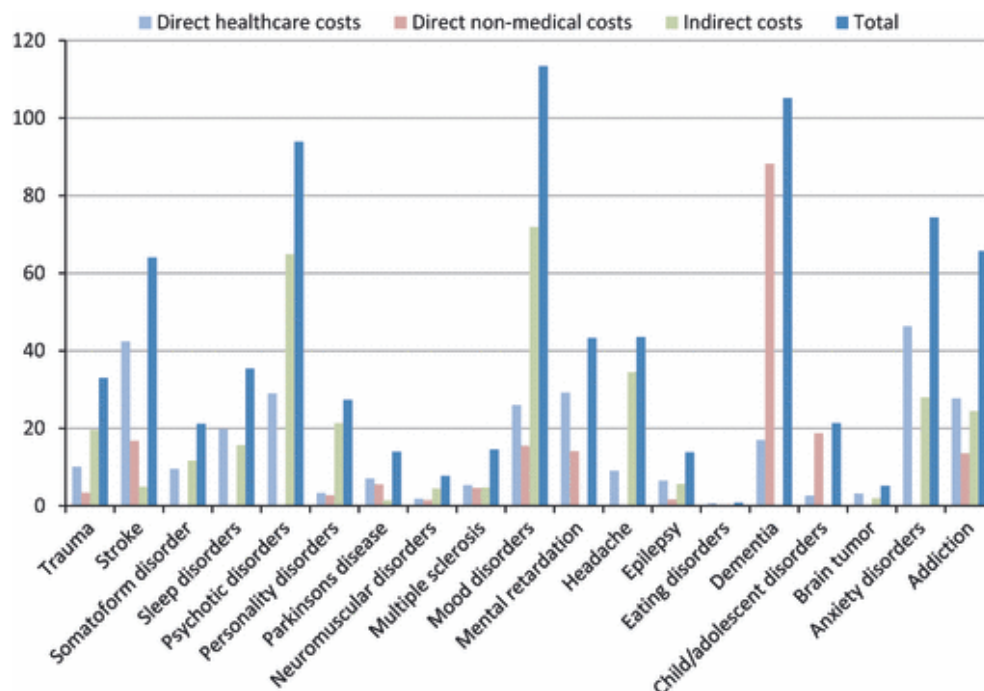


Figura 1: grafico specifico dei costi diretti e indiretti relativi a 19 disturbi mentali nel 2010 in Europa (Olesen et. al, 2012).

Dal grafico si evince che nel 2010 i costi per il trattamento dei disturbi mentali sopracitati sia stato di 798 miliardi di € in Europa, di cui il 60% (circa 482 miliardi di €) costituito da costi diretti, ed il 40% (circa 315 miliardi di €) costituito da costi indiretti, su un totale approssimativo di 380 milioni diagnosi di disturbi mentali nel corso di un anno (Olesen et al., 2012).

È quindi evidente come questi incidano anche sull'economia mondiale e non solo sul benessere psicofisiologico della popolazione (Liuzzi, 2016).

Simon, Henk e colleghi hanno mostrato come i costi sanitari relativi a pazienti con sintomatologia depressiva siano dal 50 al 100% maggiori rispetto a quelli relativi a pazienti che non presentano sintomatologia depressiva (Simon et al., 1995; Henk et al., 1996).

Per questi motivi è necessario che la sanità pubblica, oltre a cercare di garantire il benessere del cittadino, programmi anche iniziative di prevenzione delle malattie, e di attenuazione dei fattori di rischio nella popolazione (Liuzzi, 2016).

La psicologia delle cure primarie ha la caratteristica di essere costo-efficace, in quanto riesce a ridurre gli invii impropri, le diagnosi inefficaci e di conseguenza le spese farmacologiche superflue. Essa riesce a garantire un filtro d'accesso tra la popolazione ed i servizi secondari, evitando, tra le altre cose, un utilizzo improprio del pronto soccorso (ibidem). Anche l'OMS ha dichiarato che la cura dei disturbi psicologici deve essere effettuata nel *setting* di cure primarie e dagli operatori sanitari che operano al primo livello di cure (WHO, 1990).

Il costo dell'intervento psicologico preventivo potrebbe apparire considerevole, a causa della formazione professionale elevata degli psicologi, ma è stato dimostrato che, a lungo termine, esso sia perfino conveniente rispetto ai costi diretti ed indiretti che un soggetto si troverebbe ad affrontare a seguito di una psicopatologia conclamata (Jauregui et al., 2015).

1.3 Collaborazione tra medico e Psicologo delle Cure Primarie

Secondo uno studio di McDaniel e DeGruy (2014) è evidente come i pazienti che soffrono di disturbi mentali tendano ad utilizzare circa il doppio delle risorse sanitarie rispetto ai pazienti che non ne soffrono. Spesso i pazienti si rivolgono al medico di famiglia per ogni sorta di malessere, soprattutto per lamentare problemi familiari o disagi di natura psicologica: in uno studio condotto da Berardi (2001) emerge come il 41% dei pazienti che si sono rivolti al MMG (Medici di Medicina Generale) nel corso di quell'anno abbia manifestato problemi psicologici e familiari.

Sono vari i sintomi di natura fisica frequentemente riportati al medico di base, i quali presentano anche una componente psicologica, e tra questi abbiamo: stanchezza, capogiri, edemi, dolore alla schiena, insonnia, emicrania, dolore al petto, e respiro corto (Blount, 2003).

È dunque importante che i MMG riescano ad operare un discrimine tra i sintomi fisici, o le espressioni somatiche, che presentano anche la componente psicologica. Purtroppo, però, l'elevato numero di pazienti ed il poco tempo a disposizione rendono la diagnosi di eventuali problemi psicologici molto più complessa (Wittchen & Pittrow, 2002). Uno studio di Balestrieri

e colleghi (2004) ci dice come il medico di base sia in grado di diagnosticare un disturbo depressivo generalmente solo quando questo si presenta in una forma severa o moderata, mentre nel momento in cui il disagio si manifesta in forma più tenue, la procedura diagnostica risulta più complessa.

Una possibile soluzione a questo problema clinico-diagnostico potrebbe essere quella di attuare un'integrazione interdisciplinare tra medico e psicologo (Solano, 2007), la quale non porterebbe solo ad un guadagno economico al Sistema Sanitario Nazionale, ma alleggerirebbe anche il lavoro del medico di base.

Da un'indagine di Miller e colleghi (2001) durata quattro anni, è emerso che i MMG dedicano circa quattro minuti in più ai pazienti che riportano disagi psicologici, rispetto al tempo impiegato per i pazienti che presentano solo patologie mediche: ciò è causa di un inevitabile aumento dei tempi delle visite mediche, il quale a sua volta può generare nel medico di base uno stato di stress, definito anche “pressione della sala d’attesa”, portando quindi ulteriori problemi relativi al contesto delle cure primarie (Liuzzi, 2016).

La particolarità dello Psicologo nelle Cure Primarie sarebbe quella di poter collaborare con il medico di famiglia, in un contesto nel quale l'aiuto psicologico è un'opportunità per tutti e non solo per una categoria particolare di persone. A differenza dello psicologo clinico, che si occupa della diagnosi e della valutazione dei disturbi psicologici, lo PCP fa leva sugli aspetti sani del paziente, promuovendo stili di vita salutari, al fine di evitare la “psicologizzazione” o la “medicalizzazione” dei problemi, passando dal “modello malattia” al “modello salute” (Felaco, 2011). Con questo approccio, grazie a professionisti qualificati a livello delle cure primarie, ogni cittadino potrà sentirsi ascoltato e potrà ricevere una terapia medica che valuti tutti gli aspetti che lo rendono umano.

1.4 Le esperienze nei Paesi Bassi

La nascita della figura dello PCP olandese

La figura dello Psicologo delle Cure Primarie comparve nei Paesi Bassi alla fine degli anni '70: allora le assicurazioni sanitarie non rimborsavano le sedute psicologiche, quindi gli psicologi cominciarono a collaborare con i medici di medicina generale.

Tradizionalmente nei Paesi Bassi la salute mentale era gestita a livello di cure secondarie e terziarie, ma già all'inizio degli anni Ottanta si trasformò in un servizio di cura primaria e lo

psicologo clinico divenne una figura professionale accessibile a molti (Derksen, 1986). Il lavoro interdisciplinare tra psicologo e medico permise un intervento preventivo sulle diagnosi cliniche, evitando l'utilizzo di servizi specialistici. Questo nuovo approccio venne apprezzato al punto che nei Paesi Bassi, all'inizio degli anni Ottanta, un terzo dei medici di famiglia collaborava con uno psicologo clinico (Bianco, 2018), e questo permise un miglioramento della qualità dei servizi sanitari, riducendone anche le spese (Derksen, 1986).

Dal 2008 nei Paesi Bassi le assicurazioni sanitarie di base garantiscono il rimborso di 8 consulenze con lo Psicologo di Cure Primarie, e un'assicurazione aggiuntiva copre fino a 12 sedute, permettendo una durata media della terapia di circa 19 settimane.

In uno studio di Derksen (2009) è emerso che l'intervento psicologico da parte del PCP si dimostra più efficace se la sintomatologia del paziente risulta essere emersa entro i 6 mesi precedenti; il lavoro dello psicologo, in questo caso, può quindi evitare ulteriori complicazioni.

Lo PCP interviene dopo lo *screening* del medico di base ed utilizza tre metodi per la diagnosi del paziente: l'osservazione, l'intervista e i test psicologici.

La funzione prevalente dello PCP olandese

Lo PCP viene definito come “psicologo generalista”, perché il suo intervento è volto alla promozione della salute. Dunque, esso stimola e rafforza le competenze di *coping* del paziente, affinché avvenga in lui un recupero di comportamenti sani, un *empowerment* ed una rimoralizzazione dell'individuo (ibidem).

Lo PCP, inoltre, valuta il contesto familiare e tutti i rapporti interpersonali disfunzionali che potrebbero essere causa di vari problemi psicologici nel soggetto.

Secondo uno studio del Nederlands Instituut van Psychologen effettuato nel 1984, la popolazione presente nelle zone in cui si usufruiva dei servizi forniti dallo Psicologo di Cure Primarie evitava l'accesso alle cliniche, e nello stesso anno anche i ricoveri si ridussero (Bianco, 2018).

Nella ricerca di Prins e colleghi (2014) è emerso che, in seguito a trattamenti psicologici dello PCP, anche i consulti dei pazienti con i medici di famiglia diminuirono.

La formazione professionale dello PCP olandese

Nei Paesi Bassi la formazione dello PCP è specifica: dopo la laurea quadriennale lo psicologo deve svolgere un training specializzante in Psicologia della Salute della durata di due anni, con esperienza nelle cure primarie. Successivamente è necessario partecipare ad un master annuale

in Psicologia di Cure Primarie, durante il quale settimanalmente si dedicano quattro giorni all'attività clinica supervisionata e un giorno allo studio universitario (Derken, 2009).

Il modello di intervento utilizzato dai PCP nei Paesi Bassi è quello della *stepped-care* (ibidem), che consiste in un trattamento a bassa intensità, economicamente efficiente, ma caratterizzato anche dalla più alta probabilità di efficacia. Secondo Liuzzi (2016) questo modello consente una rapida valutazione del disagio psicologico, senza però essere invasivo e/o intrusivo.

Molto importante per la formazione dello PCP olandese è la strutturazione del curriculum, il quale deve seguire cinque moduli principali, i quali riflettono il modello biopsicosociale di salute e malattia (ibidem):

- *Modulo I: Atteggiamento e contesto (5 giorni).* Cinque giorni vengono dedicati allo sviluppo di un atteggiamento di cooperazione con tutte le figure professionali che lavorano per il raggiungimento della salute del paziente. Lo PCP deve essere capace di lavorare sui punti di forza dell'individuo, al fine di renderlo in grado di fronteggiare al meglio i disturbi.
- *Modulo II: Disturbi somatici (4 giorni).* Per la durata di quattro giorni lo PCP lavora a stretto contatto con i MMG, i quali, si occupano della diagnosi e del trattamento del disturbo somatico (es: emicranie, sindrome di stanchezza cronica, etc...). La collaborazione e le consultazioni con altre figure professionali (come farmacologo e infermieri) formano lo psicologo per l'intervento e il trattamento dei disturbi somatici.
- *Modulo III: Assessment psicologico (4 giorni).* In questo modulo, della durata di quattro giorni, ci si dedica allo *screening* psicologico grazie ad alcuni strumenti di valutazione, come il DSM e ai vari test e questionari psicologici.
- *Modulo IV: Trattamento psicologico integrato (8 giorni).* Molto importante come già detto è l'approccio multidimensionale nel trattamento psicologico, quindi l'approccio generalista che deve avere l'intervento psicologico. Il fine ultimo è sempre la promozione della salute del singolo soggetto e della sua famiglia.
- *Modulo V: Prospettiva evolutiva (7 giorni).* Sette giorni sono dedicati al trattamento di bambini e adolescenti, alla loro valutazione psicologica e al trattamento a loro dedicato.

A questo proposito si usano quindi test specifici, e si riserva una certa attenzione anche al sostegno alla genitorialità.

La collocazione dello PCP olandese

Lo PCP olandese lavora sia indipendentemente, sia all'interno di gruppi multidisciplinari, come ad esempio all'interno di ambulatori con uno o più medici di famiglia.

Il target dell'intervento dello PCP olandese

Lo PCP si occupa di tutti i pazienti dei MMG che necessitano di un supporto psicologico. Si dedica alla diagnosi e al trattamento di bambini, adolescenti, adulti e anziani, infatti lo PCP deve essere pronto a collaborare con pazienti di tutte le età.

In particolare, segue i pazienti con un punteggio pari o superiore a 51 sulla scala globale di valutazione del funzionamento (GAF) del DSM, poiché i pazienti con un punteggio GAF inferiore non sono in grado di funzionare in modo indipendente, quindi necessitano di cure secondarie o terziarie. Lo PCP quindi tratta principalmente i disturbi dell'Asse I del DSM, che includono disturbi d'ansia, dell'umore e dell'adattamento (Derksen, 2009).

1.5 Le esperienze nel Regno Unito

La nascita della figura dello PCP inglese

Nel Regno Unito, durante l'anno 2001, avvenne la ristrutturazione del National Health Service, che consiste nel Sistema Sanitario Nazionale inglese. L'obiettivo di questa operazione era quello di rafforzare le cure primarie (rendendole più efficienti) rendere i servizi sanitari più territoriali e riorganizzare tutti i servizi di secondo livello. Questa riorganizzazione del NHS portò anche allo sviluppo del programma "*Improving Access to Psychological Therapies*" (IAPT), il quale ha l'obiettivo di trattare disturbi psicologici, come ansia e depressione, nel Sistema Sanitario Nazionale del Regno Unito (Bianco, 2018).

Per convincere le commissioni politiche a finanziare questo progetto, diversi studiosi, come l'economista Lord Layard, per anni hanno compiuto studi e raccolto dati circa l'incidenza del disturbo depressivo nella popolazione inglese, dimostrando che il 40% della disabilità lavorativa fosse rappresentata dalla depressione e da altri disturbi psicologici. Nonostante la forte incidenza sulla popolazione dei disturbi psicologici, il NHS investiva circa il 2% della spesa sanitaria per le patologie di depressione e ansia (Layard et al., 2006).

Questo programma trasformò il trattamento dei disturbi d'ansia e della depressione degli adulti in Inghilterra.

La funzione prevalente del PCP inglese

Gli obiettivi principali del programma IAPT e quindi i compiti del professionista psicologo sono principalmente tre (NHS¹):

- *Terapie psicologiche basate sull'evidenza (Evidence Based)*: il programma IAPT ha lo scopo di erogare un supporto psicologico da parte di professionisti formati e accreditati ottimizzando i risultati.
- *Monitoraggio dei risultati*: monitoraggio per aggiornamenti sulla terapia e sui progressi di ogni individuo. Ciò supporta lo sviluppo di un approccio positivo e orientato agli obiettivi terapeutici, e poiché questi dati sono resi anonimi e pubblicati, ciò promuove la trasparenza nella prestazione del servizio incoraggiando il miglioramento.
- *Supervisione regolare e focalizzata sui risultati*: dando supporto ai professionisti, affinché migliorino continuamente.

Uno degli intenti dell'IAPT fu quello di ridurre i costi legati ai disturbi mentali, grazie al miglioramento del benessere psicologico generale della popolazione, comportando minor assenteismo sui posti di lavoro e minor peso economico per la nazione.

Per la strutturazione degli interventi psicologici furono seguite le linee guida NICE, secondo le quali per alcuni disturbi lievi vengono erogati trattamenti “*low-intensity*”, i quali prevedono 6 incontri di supporto e nei quali viene fornito materiale di auto-mutuo aiuto; il PCP contatta il paziente entro 3 giorni dall'invio del GP (*General Practitioner*, ovvero il medico di base). Per i disturbi più gravi invece si opta per un trattamento psicologico ad “*high-intensity*”, che consiste in sessioni terapeutiche di 12-20 sedute. I modelli seguiti furono quelli della CBT, della IPT (*interpersonal therapy*), e della EMDR (*eye movement desensitization reprocessing therapy*) (Clark, 2011).

Grazie a queste pubblicazioni, ed al successo di due studi pilota svolti a Doncaster e a Newham, il governo britannico decise di finanziare gli interventi sanitari psicologici, in particolare per il

¹ <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/> (ultimo accesso il 30/04/2021)

sostegno dei disturbi d'ansia e depressione, con un totale di circa 300 milioni di sterline nei primi tre anni.

Da gennaio 2008, nel Regno Unito, ogni servizio IAPT è caratterizzato da un approccio lavorativo multidisciplinare, nel quale diverse figure professionali, come psichiatri, infermieri e psicologi, lavoravano per il raggiungimento del benessere dell'individuo. Un altro obiettivo è quello di operare da filtro ed instradamento dei pazienti nel percorso terapeutico più adeguato, ed allo stesso tempo riuscire a svolgere una valutazione del soggetto identificandone i problemi principali.

Secondo un report effettuato per i primi tre anni del trattamento IAPT, il Regno Unito ha trattato circa un milione di persone grazie a questo programma di intervento: tra questi, 680.000 hanno portato a termine il percorso terapeutico, e circa 250.000 hanno avuto un recupero significativo. Circa 4.000 terapeuti sono stati formati per ricoprire il ruolo di questa nuova figura professionale, portando sempre più posti di lavoro e facendo sì che circa 45.000 persone non chiedessero più l'indennità per malattia (Department of Health, 2012).

Questo programma rappresentò il cambiamento più grande dei servizi di salute mentale nel Regno Unito negli ultimi 50 anni (Radhakrishnan et al., 2013).

Successivamente nel 2011 ci fu un ulteriore investimento di circa 400 milioni di sterline per implementare ed estendere il programma IAPT, in particolare ci si dedicò alla formazione del personale e al trattamento *high intensity*. Furono disposti corsi di formazione per gli psicoterapeuti riguardo alla psicoterapia interpersonale, alla terapia di coppia, alla terapia interpersonale dinamica e al counselling. Inoltre, grazie all'ampliamento del programma IAPT, poterono aderire al supporto psicologico anche i bambini e gli adolescenti (Bianco, 2018).

I servizi della psicologia delle cure primarie che ad oggi sono attivi in Inghilterra sono il frutto di un lungo percorso di leggi e riforme.

La formazione professionale del PCP inglese

Dopo la presentazione del programma IAPT ne seguì una formazione accurata degli psicologi, basata sulle linee guida NICE, i quali basarono i loro training sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT), e posizionarono i loro interventi all'interno del modello della *stepped-care*, secondo la quale gli interventi sanitari devono essere gradualisti: dai meno costosi e complessi, per poi passare a quelli più costosi ed elevati qualora i primi si dimostrassero inefficaci (Liuzzi, 2010).

La formazione è articolata in un anno di lezioni ed esperienze cliniche, in particolare ogni settimana è suddivisa in tre giorni dedicati allo studio e alle lezioni universitarie e due giorni all'attività pratica sotto la supervisione di tutor (Bianco, 2018).

Inoltre, grazie alla supervisione settimanale, i professionisti psicologi possono discutere i casi clinici e prendere decisioni “*step-up/step-down*” in modo tempestivo (Clark, 2011).

La collocazione dello PCP inglese

Secondo la strutturazione del programma IAPT, ogni team professionale deve coprire una popolazione di circa 200.000 persone, ogni team è tenuto ad avere un ufficio centrale, ma la maggior parte dei colloqui psicologici si svolge all'interno degli ambulatori medici, nei centri per l'impiego e nei luoghi di lavoro. All'interno dell'ufficio centrale si ricevono e valutano gli invii del GP. Il paziente, grazie a questi team presenti sul territorio, deve essere inizialmente valutato e in seguito assegnato al terapeuta più adatto (Layard et al., 2006).

L'erogazione dell'assistenza sanitaria fisica e mentale dovrebbe essere co-localizzata, questo per garantire una continuità di cura, per favorire il lavoro di squadra multidisciplinare, per ridurre lo stigma e per migliorare l'accesso al servizio (NHS, Royal College of Psychiatrists, 2015).

Il target dell'intervento del PCP inglese

Lo PCP si occupa di pazienti di tutte le età che, a seguito di condizioni sfavorevoli di salute fisica a lungo termine (ad es. diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattie cardiovascolari, cancro), hanno sviluppato problemi di salute mentale (co-morbosa), principalmente ansia e depressione (ibidem).

1.6 Le esperienze in Italia

Nonostante l'evidente necessità di questa figura professionale, ancora oggi nel nostro Paese non esiste una legge effettiva che istituisca la figura dello Psicologo delle Cure Primarie. Negli anni sono stati proposti svariati disegni di legge a riguardo, ma nessuno di questi è mai stato approvato ed istituito.

In Italia i servizi psicologici sono erogati gratuitamente dal SSN per mezzo delle AUSL regionali. Solitamente, però, questi servizi sono dedicati agli individui che presentano patologie psichiatriche o alcune patologie croniche ed oncologiche. Fanno comunque eccezione alcuni

programmi preventivi dedicati alla sfera genitoriale, e al maltrattamento e abuso minorile. Pertanto, questi sono interventi collocati ad un livello di cura secondaria, ma abbiamo visto precedentemente quanto siano importanti, in termini clinici ed economici, anche gli interventi di cura primaria e di promozione del benessere dell'individuo e della collettività.

1.6.1 L'esperienza nel Lazio di Luigi Solano

Tuttavia, negli ultimi anni sono nate molte iniziative regionali atte a cercare una collocazione per questa nuova figura professionale: una delle più significative fu l'esperienza nel Lazio ad opera di Luigi Solano. Il suo intervento di inserimento dello "Psicologo di base" nello studio del medico di base fu uno dei più importanti in merito alla questione tra quelli conosciuti, ed il suo obiettivo fu appunto quello di fornire un'assistenza psicologica di primo livello all'interno delle cure primarie.

La funzione prevalente e formazione professionale dello PCP nel progetto Solano

Lo scopo di questo intervento riguardava nello specifico un'esplorazione di qualsiasi disagio emotivo presentato dal paziente, e non un trattamento diretto unicamente a pazienti con psicopatologie conclamate. L'alleanza e collaborazione tra psicologo e medico di base rese possibile una migliore alleanza terapeutica anche tra paziente e psicologo, infatti, grazie alla modalità dell'intervento, lo psicologo riuscì ad inserirsi nel legame di estrema fiducia che il paziente ha con il proprio medico di base (Solano, 2011a).

La prima sperimentazione iniziò nel 2000 e durò 3 anni, coinvolgendo 10 studi medici, 12 psicologi ed altri 10 medici. Lo psicologo specializzando in Psicologia della Salute era presente una volta alla settimana nello studio del MMG, ed il suo obiettivo era quello di accogliere le necessità psicosociali dei pazienti, ed individuare per loro il percorso più adatto ed efficace, evitando così la somministrazione di psicofarmaci non adatti che avrebbero portato alla possibile cronicizzazione dei disturbi somatici (Solano, 2007).

Lo psicologo aveva quindi il compito di intervenire sul disagio iniziale del paziente, ed eventualmente di attuare un intervento esplorativo fissando appuntamenti individuali con il paziente (max 5 colloqui), così da prendere in considerazione più dimensioni contemporaneamente, finendo quindi per favorire un'integrazione tra la figura professionale medica e quella psicologica (Solano, 2011b).

In seguito a questo studio è emerso che, grazie alla presenza dello psicologo, i pazienti erano incoraggiati a parlare dei loro problemi personali, sentendosi più legittimati a dialogare di aspetti della propria vita che prima pensavano non potessero essere importanti per il medico di famiglia (Solano, 2010).

La collocazione dello PCP nel progetto Solano

Lo Psicologo delle Cure Primarie si trovava all'interno dell'ambulatorio del medico di famiglia, in co-presenza con questo, favorendo una collaborazione e un'alleanza terapeutica ottimale.

Il target di intervento dello PCP nel progetto Solano

Lo PCP si occupava di qualsiasi paziente che presentava un qualsiasi disagio emotivo. La classificazione dei problemi più comunemente riscontrati è raggruppabile in cinque tipologie (Solano 2011b, p.138,139):

- Problemi familiari: relazioni conflittuali e/o simbiotiche tra genitori e figli; problemi di coppia, come separazioni e divorzi;
- Problematiche legate alla maternità: paure per la gravidanza e per il futuro bambino, tentativi di fecondazione assistita, aborti e crisi rispetto alla menopausa;
- Problemi rispetto a malattie e lutti: paure, angosce, rabbia, ipocondria, dolore;
- Problemi relativi a lavoro o studio: stress, mobbing, pensionamento;
- Problematiche in seguito a immigrazione/emigrazione: solitudine, difficoltà di integrazione.

L'esperienza di Solano nel territorio laziale ha consentito inoltre una riduzione della spesa pubblica sanitaria, riducendo le prescrizioni di farmaci non necessari. Pertanto, è stata effettuata un'analisi delle spese farmacologiche pre- e post- intervento psicologico: nel caso di uno studio medico in particolare, si è riscontrato un risparmio del 17%, equivalente a circa 75.000 euro, sulla spesa farmaceutica in un anno (Solano et al., 2011b).

Solano e colleghi hanno dunque evidenziato che, sebbene l'inserimento di questa nuova figura professionale sia su diversi aspetti molto vantaggioso, purtroppo allo stato attuale dei fatti non è ancora stato attuato all'interno del SSN. A molti non è ancora chiara l'importanza della collocazione di questa figura professionale, del suo ruolo e anche della sua formazione. Secondo Solano e colleghi (2011a), per poter ricoprire questo ruolo professionale e per

raggiungere tutte le competenze necessarie, sarebbe essenziale una formazione specifica post-lauream.

1.7 Confronto tra esperienza olandese, esperienza inglese ed esperienza italiana

Lo Psicologo delle Cure Primarie olandese è nato dal bisogno dei singoli psicologi e dei medici, in questo modo sono nate diverse iniziative che hanno portato, nel 2008, ad una strutturazione del servizio tale da richiedere una formazione specifica dei professionisti.

Nel Regno Unito, invece, il famoso progetto IAPT fu lanciato a seguito della proposta di Lord Layard e di altri studiosi, e successivamente è stato ampliato dopo che svariate pubblicazioni scientifiche ne dimostravano la necessità clinica e il guadagno economico.

I due modelli sono nati a seguito di necessità diverse e hanno avuto evoluzioni autonome, ma presentano comunque degli aspetti comuni:

- Puntano entrambi alla necessità di un'équipe multiprofessionale e della collaborazione tra professionisti, in particolar modo con il medico di base;
- Valutano l'importanza di inserire questo servizio nel territorio, specialmente in corrispondenza dei *setting* di Cure Primarie;
- Sperimentano e forniscono trattamenti *evidence-based* nel contesto delle cure primarie;
- Entrambi si evolvono grazie ai finanziamenti statali, che garantiscono una migliore qualità del servizio, curandone la continuità ed il progresso nel tempo;
- Si avvalgono del monitoraggio del servizio e della supervisione dei professionisti;
- Richiedono una formazione specifica ed un curriculum strutturato degli psicoterapeuti.

Sia il modello olandese, che quello inglese strutturano una nuova figura professionale psicoterapeutica, che non vede la professione dello psicologo limitata allo svolgimento di un lavoro di valutazione, diagnosi e trattamento dei disturbi psicologici, ma anche come una figura in grado di attuare interventi di prevenzione, di promozione della salute, di gestione della malattia cronica e di aderenza alla terapia prescritta.

Come già detto precedentemente in Italia ancora non esiste una legge che istituisce questa nuova figura professionale, ma negli ultimi anni sono nate molte iniziative regionali che si sono ispirate al modello inglese ed olandese. In questa tesi è stata esaminata l'esperienza laziale di Luigi Solano, che è stata una delle prime sperimentate e una delle più documentate con dati e pubblicazioni, ma ricordiamo anche:

- L’esperienza in Lombardia con il progetto dello “Psicologo in farmacia” sviluppato dalla facoltà di psicologia clinica dell’Università Cattolica di Milano;
- L’esperienza in Emilia-Romagna a Bologna all’interno del progetto regionale di Giuseppe Leggieri, dove hanno sperimentato la figura dello PCP nei nuclei delle cure primarie;
- L’esperienza in Toscana con il progetto di Collaborative Care a Grosseto;
- L’esperienza in Trentino con il progetto A TU PER TU Psicologo di Base;
- L’esperienza in Piemonte nelle ASL.

Tabella 1: tabella sinottica di confronto tra l’esperienza del Regno Unito, dell’Olanda e di Luigi Solano.

	REGNO UNITO	OLANDA	ITALIA (SOLANO)
FORMAZIONE PROFESSIONALE	Il training seguì il modello della CBT e della <i>stepped-care</i> : un anno di corsi, strutturato settimanalmente con 3 giornate di lezioni teoriche universitarie e 2 giornate di pratica clinica sotto supervisione.	La formazione deve includere: 4 anni di università 2 anni di training di specializzazione in Psicologia della Salute 1 anno di master in Psicologia delle Cure Primarie.	Psicologi specializzandi in Psicologia della Salute.
COLLOCAZIONE DELLO PSICOLOGO	All’interno di poliambulatori medici o in uno studio separato.	In uno studio indipendente oppure in gruppo (nello studio di uno o più medici di famiglia).	Nello stesso ambulatorio del medico di famiglia in co-presenza.
FUNZIONE PREVALENTE	Terapie <i>evidence based</i> secondo il modello della <i>stepped-care</i> Ricerca sui progressi individuali e	Promozione della salute Rafforzare competenze di <i>coping</i> <i>Empowerment</i>	Esplorare qualsiasi disagio emotivo presentato dal paziente ed individuare il percorso più adatto,

	<p>complessivi di tutti i pazienti</p> <p>Supervisione reciproca per ulteriore miglioramento.</p>	<p>Interventi brevi ma sistematici.</p>	<p>evitando così la somministrazione di psicofarmaci non adatti.</p>
TARGET INTERVENTO	<p>Persone con condizioni sfavorevoli di salute fisica a lungo termine e con comorbidità con problemi di salute mentale (ansia e depressione).</p>	<p>Pazienti di tutte le età con disturbi dell'asse I:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Disturbi d'ansia – Disturbi dell'umore – Disturbi dell'adattamento <p>E con un punteggio GAF del DSM \geq a 51.</p>	<p>Qualsiasi paziente del MMG che presentava un qualsiasi disagio emotivo.</p>

CAPITOLO SECONDO: L'ESPERIENZA DELLA CASA DELLA SALUTE DI RUSSI (RAVENNA)

2.1 Linee di indirizzo regionale

Le nuove linee di indirizzo della regione Emilia-Romagna, in corso di pubblicazione, in merito all'organizzazione dei servizi psicologici all'interno dell'ASL, integrano le aree di lavoro psicologico e aggiornano le risorse e i modelli organizzativi illustrati nelle linee di indirizzo regionali precedenti del 2013.

Secondo le linee di indirizzo regionali le competenze dello psicologo devono essere adeguate ad ogni ambito di intervento:

- *Ambito clinico*: è necessario individuare i principali disturbi clinici e i fattori di rischio. Per lo psicologo è fondamentale conoscere le tecniche validate e saper attuare gli interventi psicoeducativi, riabilitativi e psicoterapeutici.
- *Ambito di comunità*: è necessario individuare i bisogni emergenti e strutturare interventi per appropriatezza, con lo scopo di prevenire il disagio, educare alla salute, favorire inclusione sociale e promuovere interventi orientati al recupero funzionale.
- *Ambito delle organizzazioni*: è necessario che lo psicologo abbia una conoscenza delle dinamiche istituzionali, interistituzionali e dei rapporti di rete, con lo scopo di promuovere benessere nel singolo e nella comunità.

Le aree tematiche di intervento che sono individuate nelle Linee Guida Regionali sono diverse.

Le aree tematiche inerenti al ciclo di vita:

- L'età evolutiva e clinica dell'Infanzia
- L'età evolutiva e clinica dell'Adolescenza
- La coppia, famiglia, puerperio, gravidanza
- La clinica del maltrattamento, abuso, affidamento e adozioni
- La clinica dell'adulto
- La clinica dell'invecchiamento

Le aree tematiche inerenti alla Psicologia della Salute:

- La psicologia nell'assistenza primaria
- La disabilità e cronicità
- La psicologia ospedaliera

- La salute nelle carceri
- La salute organizzativa
- Le emergenze e catastrofi

Rispetto alla figura dello Psicologo delle Cure Primarie assume particolare rilevanza l'ambito della psicologia nell'assistenza primaria, i cui vantaggi sono quelli di intervenire preventivamente ed evitare la strutturazione di una patologia conclamata nel soggetto, favorendo un trattamento appropriato e una riduzione dei costi diretti e indiretti.

Le competenze richieste allo psicologo, secondo le linee di indirizzo regionali, sono quelle di saper leggere e riconoscere il disagio lavorando sui fattori di rischio e sui fattori protettivi; saper identificare le domande, spesso complesse, dei pazienti; utilizzare interventi *stepped-care* per ogni area di disagio individuata, valutando in modo appropriato gli invii ai servizi di secondo livello; coinvolgere tutti i cittadini nella promozione della salute fisica e mentale; supportare i cittadini con diagnosi croniche; strutturare interventi di *empowerment* individuale e della comunità.

Pertanto, le attività che lo coinvolgono sono diverse: valutare il soggetto grazie a consulenze su richiesta del medico di famiglia; in caso di necessità accompagnare il soggetto durante l'invio ai servizi di secondo livello e ai servizi di rete; strutturare interventi gruppali psicoeducativi; fornire supporto al personale sanitario del *setting* in cui lo psicologo lavora.

Le linee di indirizzo regionali ritengono che le Casa della Salute possano essere il *setting* ideale per le attività professionali del PCP, consentendogli di interfacciarsi agevolmente con l'assistenza primaria e con i servizi specialistici. Questo permette allo stesso tempo di sensibilizzare tutta la popolazione, che accede alla Casa della Salute, verso i temi del disagio psicologico (come fattore di rischio); di promuovere interventi precoci e salutari; di favorire la partecipazione di tutti gli agenti della rete che lavorano per la salute della popolazione.

(Aggiornamento Linee di Indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area "Psicologia clinica e di Comunità" riferimento a bozza del 30/09/2020, documento definitivo uscirà entro il 2021).

2.2 Il ruolo della psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

I Livelli Essenziali di Assistenza sono stati introdotti per la prima volta dal decreto legislativo n.502 del 30 dicembre 1992, poi definiti dal decreto del presidente del Consiglio dei ministri il

29 novembre 2001 e infine riformati con il DPCM del 12 gennaio 2017, nel quale si precisano tre grandi Livelli di Assistenza, già identificati nel Piano Sanitario Nazionale del 1998-2000:

- 1) *Prevenzione collettiva e sanità pubblica*: tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività e ai singoli, come la sorveglianza delle malattie infettive, la tutela della salute, la sicurezza alimentare, la tutela della sicurezza sui luoghi di lavoro.
- 2) *Assistenza distrettuale*: tutte le attività sanitarie diffuse sul territorio, come l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza sociosanitario domiciliare.
- 3) *Assistenza ospedaliera*: tutte le attività erogate dagli ospedali, come il pronto soccorso, i ricoveri, le day surgery.

(Gazzetta Ufficiale 2017²).

Secondo il DPCM, le Regioni, per mezzo delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO), sono obbligate ad erogare i LEA, in quanto costituiscono dei livelli “essenziali”, che è necessario aggiornare in relazione alle nuove esigenze della popolazione, al fine di garantire interventi di dimostrata efficacia a tutti i cittadini senza alcuna discriminazione.

All'interno dei LEA si colloca anche l'assistenza psicologica, la quale ha come obiettivo principale quello di tutelare e promuovere la salute del soggetto e della comunità, individuando i fattori di rischio e di protezione e, sulla base di questi, strutturare dei piani di intervento (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, 2017).

Pertanto, è necessario definire dei criteri adeguati che strutturino il lavoro del professionista e che portino ad un equilibrio tra l'offerta dei servizi, i bisogni di salute percepiti e le domande dei cittadini, evitando lo spreco provocato dal sovra e sottoutilizzo delle risorse dei servizi del Sistema Sanitario (ibidem).

L'assistenza psicologia dei LEA è strutturata rispetto a tre tipologie di interventi differenti (ibidem):

- *Il profilo monoprofessionale*: in questo approccio sono compresi gli interventi psicologici svolti nei contesti di lavoro e che non prevedono necessariamente un'integrazione con altri servizi.

² <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg> (ultimo accesso 31/05/2021)

- *Il profilo integrato sanitario*: in questo approccio sono compresi gli interventi psicologici nei quali è prevista una collaborazione con gli altri servizi, al fine di garantire percorsi assistenziali integrati a livello territoriale e ospedaliero.
- *Il profilo integrato sociosanitario*: in questo approccio sono compresi gli interventi psicologici che rispettano determinati protocolli formali, nei quali è prevista una partecipazione di altre istituzioni pubbliche di vario tipo (es. sanitarie, educative, socioassistenziali).

Quindi, lo Psicologo delle Cure Primarie si colloca all'interno dell'assistenza distrettuale e sotto un profilo monoprofessionale, in quanto svolge la professione all'interno di nuclei di cure primarie, rispondendo a pazienti (singoli o in gruppo) che presentano un determinato disagio psicologico.

2.3 Progetto Ausl della Romagna: la Casa della Salute di Russi (Ravenna)

2.3.1 La nascita del progetto

A fronte dei vantaggi clinici, economici e sociali dell'introduzione nella sanità pubblica dello Psicologo delle Cure Primarie e alla luce delle indicazioni delle linee guida regionali e dei LEA, appare evidente la necessità dell'inserimento della figura dello PCP all'interno dell'équipe della Casa della Salute.

Tutto ciò risulta ancora più importante a seguito della pandemia e dello stress a cui tutta la popolazione è sottoposta da un anno a questa parte, in quanto le fasi post-acute della pandemia stanno portando e porteranno all'aumento di forme di disagio dovute all'esperienze stressanti vissute.

Il disagio psicologico di tipo reattivo e dell'adattamento (disturbi d'ansia non cronicizzati, reazioni a traumi, lutti...) costituisce la principale motivazione di invio da parte degli MMG ai Servizi di salute Mentale tramite accesso a consulenza psichiatrica. Tale orientamento, tuttavia non corrisponde ad una scelta di appropriatezza clinica ed organizzativa. Infatti, secondo le ultime revisioni della letteratura, l'azione psicofarmacologica nel contesto del trauma e del disturbo reattivo porta a miglioramenti terapeutici contenuti, specialmente quando non vengono integrati con percorsi terapeutici adeguati (Davis et al., 2015; Charney et al., 2018). L'intervento ideale, in base alle linee di indirizzo dell'American Psychological Association, è

quello di associare l'intervento psicoterapeutico al trattamento farmacologico personalizzato, quando questo risulta necessario (APA, 2017).

Un approccio prioritariamente farmacologico costituisce una scelta tendenzialmente inappropriata in termini di *effectiveness*. In base a questa considerazione è appropriato sostenere che un modello organizzativo maggiormente efficiente ed efficace presupporrebbe un primo *screening* ed intervento psicologico dei pazienti.

Per questi motivi, grazie alla dottoressa Rachele Nanni, responsabile del progetto di psicologia dell'Ausl della Romagna, è stato avviato il progetto sulla Casa della Salute di Russi, con l'obiettivo di potenziare l'assistenza territoriale per la prevenzione e promozione della salute. Grazie al mio tirocinio curricolare, svolto sotto il tutoraggio della Dott.ssa Rachele Nanni, ho potuto osservare lo studio pilota condotto e valutare i dati raccolti.

Come ho indicato in precedenza, già in diverse Ausl regionali esistono modelli di intervento, che dopo una prima sperimentazione, si sono trasformati in progetti strutturati. Molti di questi si propongono di offrire risposte, che intercettano e coprono tutte le situazioni in cui l'intreccio tra vulnerabilità biologica, vissuto personale e situazioni contingenti di vita incidono sullo stato di salute dell'individuo, peggiorando la qualità di vita, l'integrazione sociale e la produttività.

Le Case della Salute o i Nuclei di Cure Primari rappresentano il *setting* ideale per l'intervento dello PCP, dato che propongono un lavoro integrato tra psicologo, livello di assistenza primaria (in particolar modo i MMG e i pediatri) e livello specialistico. Lo psicologo collocato in un contesto multiprofessionale rappresenterebbe un punto di sintesi importante tra la componente clinica e la componente sociale.

2.3.2 La funzione dello PCP

Il progetto dell'AUSL della Romagna coordinato dalla dottoressa Rachele Nanni porta lo psicologo all'interno della Casa della Salute di Russi con l'obiettivo di:

- intervenire preventivamente in termini clinici, prima della strutturazione di patologie conclamate;
- costituire un filtro che favorisca un orientamento e un trattamento appropriato nei servizi specialistici;
- ridurre i costi diretti e indiretti anche dovuti ad interventi farmacologici inappropriati;
- sensibilizzare la popolazione riguardo il disagio psicologico come fattore di rischio;
- promuovere stili di vita salutari, intervenendo precocemente;

- favorire la partecipazione di altri agenti della rete curante.

2.3.3 La formazione dello PCP

Gli psicologi che hanno partecipato al progetto sono Dirigenti Psicologi dell'AUSL della Romagna afferenti ai Dipartimenti di Cure Primarie e di Salute Mentale con funzioni cliniche e di *tutoring*. Affianco ad essi operano psicologi iscritti all'albo, specializzandi presso scuole di psicoterapia riconosciute dal MIUR (dal secondo anno della scuola di psicoterapia).

Si sottolinea l'importanza che i professionisti psicologi coinvolti nel progetto abbiano competenze specifiche di area clinica (*screening*, interventi focali brevi sul disagio reattivo), competenze di psicologia di comunità (interventi orientati all'*empowerment* ed alla valorizzazione delle risorse della rete formale e informale) ed una approfondita conoscenza dei servizi clinici specialistici a cui inviare per bisogni specifici.

2.3.4 Strutturazione del progetto

Gli psicologi delle cure primarie sono quindi collocati all'interno della Casa della Salute di Russi complessivamente per 3 pomeriggi alla settimana. Mensilmente il gruppo professionale svolge incontri di discussione di casi e supervisione con i professionisti psicologi aziendali esperti ed è supportato al bisogno nelle scelte relative alla conduzione degli approfondimenti valutativi e degli interventi da proporre.

L'intervento progettato ed avviato presso la Casa della Salute di Russi prevede un iter strutturato.

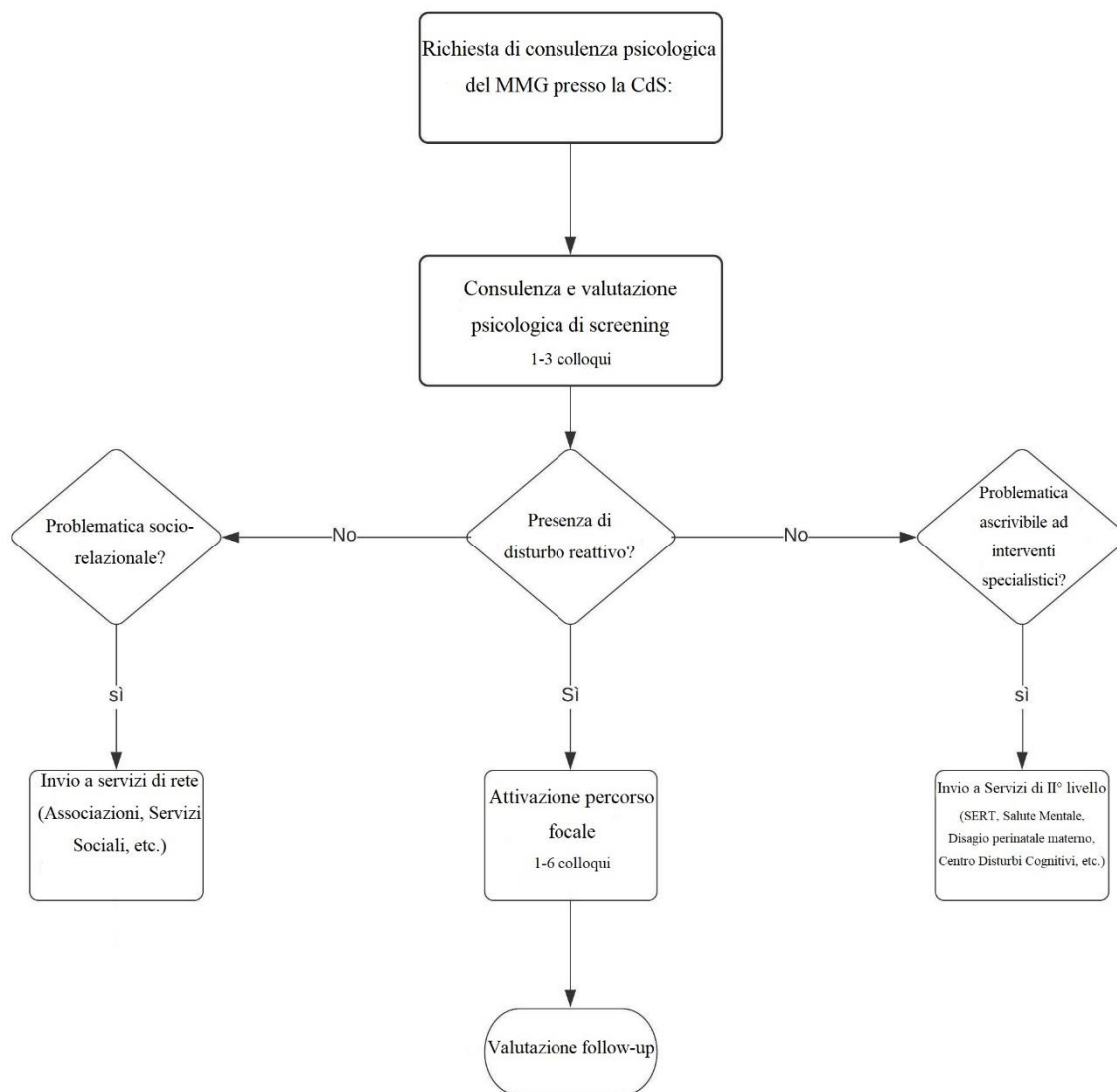


Figura 2: diagramma di flusso dell'intervento psicologico presso la Casa della Salute di Russi

Come si può osservare dal digramma di flusso (*vedi figura 2*) il primo step inizia con l'invio del paziente da parte del medico di base allo psicologo referente. Il medico, previo accordo con il paziente, è tenuto a compilare la scheda di invio dove inserisce i dati anagrafici del paziente e la motivazione di invio. Successivamente lo psicologo ha il compito di chiamare il paziente e fissare un appuntamento.

Il primo incontro rappresenta l'inizio dell'intervento di *screening*, che prevede da uno a tre colloqui di valutazione clinica del paziente e supporto psicologico (con appuntamento settimanale o quindicinale). Durante questa prima fase si svolge la valutazione, sia clinica che psicometrica, del paziente; gli strumenti di rilevazione utilizzati sono: CORE-OM, PSS-10, GAD-7, PHQ-9, PDI.

- *Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM)*, (Evans et al., 2000). Questionario self-report di 34 voci, che indagano il disagio psicologico generale, suddiviso per quattro categorie: benessere soggettivo (4 items), sintomatologia (12 items), funzionamento (12 items) e rischio auto ed etero lesivo (6 items). Indaga l'ultima settimana del paziente e ogni item viene valutato su una scala a cinque punti. Grazie alla sua affidabilità al retest, anche dopo brevi periodi, risulta particolarmente indicato per il monitoraggio dello stato psicologico del paziente durante tutto il percorso terapeutico. Pertanto, è molto utilizzato sia un ambito nazionale, che internazionale (Palmieri, et al., 2009). Il punteggio al questionario si calcola sommando i punteggi degli items divisi per il numero di risposte.

I *cut-off* clinici al CORE-OM per le categorie considerate sono:

0 - < 0,6	Healthy (Sano)
≥ 0,6 < 1	Low Level (Livello basso)
≥ 1 < 1,5	Mild (Lieve)
≥ 1,5 < 2,0	Moderate (Moderato)
≥ 2,0 < 2,5	Moderately Severe (Moderatamente grave)
≥ 2,5	Severe (Grave)

- *Perceived Stress Scale (PSS-10)*, (Cohen, et al., 1983). Questionario che misura lo stress percepito dal paziente nell'ultimo mese. Il questionario è articolato in 10 voci, valutate su una scala a cinque punti.

I punteggi ricoprono un range tra 0 e 40:

0-13	Stress Basso
14-26	Stress Moderato
27-40	Stress Alto

- *Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)*, (Spitzer, et al., 2006). Questionario che permette la valutazione della dimensione ansiosa, composto da 7 items, che indagano il vissuto emotivo ansioso. Ogni item è valutato su una scala a 4 punti; il punteggio totale è compreso in un range da 0 a 21:

0-9	Assenza di ansia o Ansia lieve
10-14	Ansia moderata
15-21	Ansia grave

- *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), (Spitzer, et al., 1999). Questionario composto da 9 domande, le quali basandosi sui criteri del DSM-IV, indagano la gravità della depressione e dei disturbi depressivi.

Il punteggio totale può variare tra 0 e 27:

- 0-4 Assente
- 5-9 Depressione sottosoglia
- 10-14 Depressione maggiore lieve
- 15-19 Depressione maggiore moderata
- ≥ 20 Depressione maggiore severa

- *Peritraumatic Distress Inventory* (PDI), (Brunet, et al., 2001). Questionario self-report composto da 13 items, valutati su una scala a 5 punti, che misurano il livello di distress percepito (disagio reattivo) in seguito ad un evento emotivamente saliente.

Per il PDI il *cut-off* è 15: nei casi di punteggi più elevati del punteggio soglia sarebbe necessario avviare un percorso psicologico.

Questo primo intervento psicologico in parte favorisce già *empowerment* degli aspetti sani dal paziente.

Gli obiettivi dell'intervento di *screening* sono quelli di:

- Compiere una approfondita analisi del bisogno espresso e costruire insieme all'utente l'ipotesi di intervento maggiormente rispondente che viene poi condivisa anche con il MMG.
- Accompagnare l'invio del paziente ai Servizi Sanitari, Sociali o alle risorse territoriali di rete maggiormente coerenti con il bisogno espresso (Centri Antiviolenza, Associazioni, Centri Sociali...) in base agli esiti della consultazione.
- Dare una prima risposta a disagi psicologici dati da difficoltà di adattamento reattive a condizioni cliniche generali o particolari eventi di vita, come: lutti, situazione pandemica, perdita di lavoro, separazioni.

Nel caso in cui, durante l'intervento di *screening*, non si individui un disturbo reattivo, ma si identifichi già una psicopatologia conclamata o un problema sociale di aspetto territoriale, allora si accompagna il paziente in un invio ai servizi sanitari di secondo livello, come il SERT, consultorio o CSM, oppure verso servizi di rete, come associazioni, servizi sociale, etc. Lo PCP

agisce da filtro aiutando il paziente ad individuare il servizio territoriale che fornisce il trattamento più appropriato alle sue necessità.

Nel caso in cui invece, si individui la presenza di un disturbo reattivo e il paziente si manifesta interessato a continuare il percorso, allora si attiva il percorso breve focale. Questo prevede 1-6 colloqui, durante i quali si programma un intervento terapeutico più mirato, gli obiettivi dell'intervento breve focale sono quelli di:

- Ripristinare le capacità di *coping* e resilienza del paziente.
- Promuovere stili di vita sani.
- Sostenere processi di lutto, gestione del trauma e adattamento a particolari stress esistenziali.

Il target di riferimento dell'intervento clinico (sia dell'intervento di *screening* che dell'intervento breve focale) è rappresentato da tutti i cittadini, pazienti dei MMG della Casa della Salute di Russi, che presentano difficoltà di adattamento reattive. Da rilevazione testistica i soggetti target hanno dei punteggi: CORE-OM ≤ 2 , PHQ-9 ≤ 19 . GAD-7 ≤ 20 , PDI > 15 .

Non rientrano invece nel target di intervento i pazienti già in carico dai servizi di secondo livello, oppure con un punteggio dei test non conforme a quello target.

Ai fini della ricerca è stata considerata anche la possibilità di effettuare valutazione di *follow-up* per indagare i benefici clinici del progetto.

Alla tabella riassuntiva (vedi tabella 1 a pagina 18-19) si può collegare quella relativa al progetto di Russi:

Tabella 2: tabella riassuntiva sulla strutturazione dell'intervento psicologico alla Casa della Salute di Russi.

FORMAZIONE PROFESSIONALE	Dirigenti Psicologi dell'AUSL della Romagna, affiancati da psicologi iscritti all'albo, specializzandi presso scuole di psicoterapia riconosciute dal MIUR.
COLLOCAZIONE DELLO PSICOLOGO	Nel poliambulatorio della Casa della Salute di Russi, in ambulatorio privato. Con facile accesso agli ambulatori dei MMG.
FUNZIONE PREVALENTE	Fungere da filtro tra paziente e servizi territoriali;

	<p>Fornire una risposta tempestiva al disagio psicologico;</p> <p>Ripristinare la capacità di <i>coping</i> del paziente;</p> <p>Promuovere stili di vita sani ed <i>empowerment</i>;</p> <p>Supervisione reciproca per ulteriore miglioramento.</p>
TARGET DI INTERVENTO	<p>Tutti i pazienti dei MMG della Casa della Salute di Russi che presentano un disagio psicologico frutto di un disturbo reattivo di adattamento.</p> <p>Pazienti che presentano punteggi ai test: CORE-OM ≤ 2, PHQ-9 ≤ 19. GAD-7 ≤ 20, PDI > 15.</p>

CAPITOLO TERZO: I DATI RACCOLTI ALLA CASA DELLA SALUTE DI RUSSI (RAVENNA)

3.1 Il comune di Russi

Secondo alcuni dati interni dell'Ausl della Romagna del 2019, la popolazione di Russi che si interfaccia con i nuclei di cure primarie è di 14.334 persone, di questi circa il 35% hanno meno di 44 anni, circa il 34% hanno meno di 64 anni, mentre circa il 31% ha più di 65 anni (informazioni tratte dal data base aziendale in accordo con la responsabile).

I medici di famiglia all'interno del poliambulatorio della Casa della Salute sono 10, mentre gli psicologi sono presenti alla Casa della Salute per 3 – 4 pomeriggi settimanali (12-16 ore settimanali).

3.2 Presentazione dei dati raccolti

I dati che presenterò ora ricoprono un periodo di circa un anno: dal 07-02-2020 al 31-01-2021, mentre il progetto è iniziato il 01-02-2020 ed ancora oggi è attivo. Lo stesso progetto è stato inoltre ampliato, oltre il *setting* di Russi, in alcuni poliambulatori della città di Ravenna e in Casa della Salute di altri comuni limitrofi.

La situazione pandemica ha inciso notevolmente sulla raccolta dei dati a causa dell'interruzione completa degli interventi in presenza nei mesi da metà marzo a metà maggio:

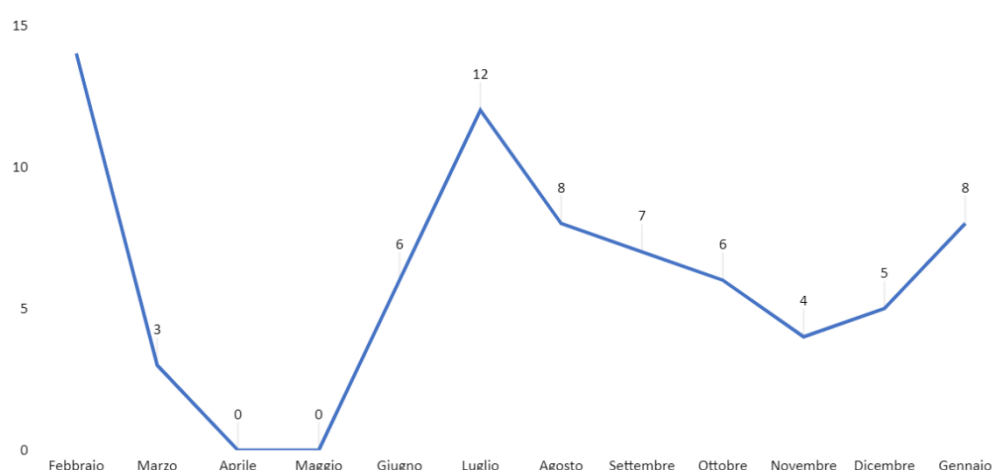


Figura 3: grafico rappresentate il numero di invii dei MMG agli psicologi del programma, da febbraio 2020 a gennaio 2021

dal grafico (vedi figura 3) si evince come a febbraio 2020 si sono subito registrati un elevato numero di accessi al servizio psicologico, che però hanno iniziato a diminuire a fine mese a

causa delle direttive nazionali in merito alla nuova situazione pandemica, per poi esserci un totale arresto del servizio durante il mese di aprile. A maggio con la riapertura dopo il primo lock-down si sono verificati nuovi invii e una ripresa a pieno ritmo del servizio. Purtroppo, alcuni pazienti inviati dai MMG nel mese di febbraio 2020, alla fine della condizione di lockdown hanno poi deciso di non accedere più al servizio: questi soggetti hanno inciso notevolmente nella percentuale di drop.

3.2.1 Metodi di raccolta dati

I dati analizzati sono raccolti all'interno di un *data base*: i dati personali dei pazienti sono visibili solo dagli sperimentatori. Nel momento dell'inserimento nel *data base* al paziente è stato automaticamente assegnato un codice progressivo.

Ai fini della ricerca i dati sono stati estratti dal *data base* ed elaborati in forma aggregata e anonima.

3.2.2 Popolazione

Dal 7 febbraio 2020 al 31 gennaio 2021, le schede di invio, che i MMG hanno compilato per far accedere i propri pazienti al servizio psicologico, sono state 73.

Come si evince dal grafico (*vedi figura 4*) di questi 73 soggetti sono persone di sesso femminile e 19 soggetti sono di sesso maschile.

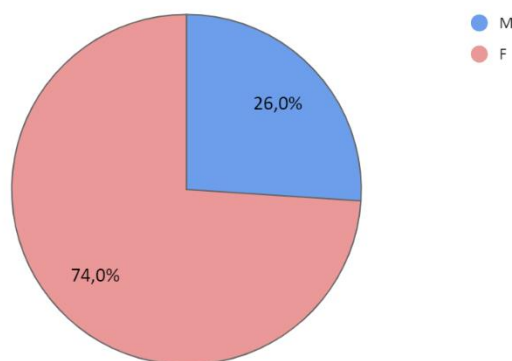


Figura 4: ripartizione maschi e femmine della popolazione che ha aderito al servizio psicologico.

3.2.3 Percorso terapeutico

Al 31.01.2021 delle 73 schede di invio, 8 soggetti erano in lista di attesa, quindi il medico di famiglia aveva già compilato il modulo di invio, ma non erano ancora stati contattati dallo psicologo, mentre 4 soggetti erano ancora in valutazione di screening. Quindi, al fine di avere dati puliti dalle 73 schede di invio tolgo questi 12 soggetti (in lista di attesa e in valutazione), di conseguenza rimangono 61 soggetti, che hanno iniziato e finito il percorso psicologico.

Come riportato nel grafico (*vedi figura 5*) il percorso terapeutico dei 61 soggetti è stato articolato in diversi modi:

- *Mancata presentazione*: 9 soggetti, quindi il 14,8% dei 61 soggetti, non si sono presentati al colloquio o non hanno risposto più volte alle telefonate dello psicologo.
- *Drop*: 9 soggetti, quindi il 14,8% dei 61 soggetti pur avendo avviato il percorso non si sono presentati al colloquio successivo per più di tre volte consecutive oppure si sono rivolti ad un servizio privatamente.
- *Intervento di screening*: 14 soggetti, quindi il 23% dei 61 soggetti, hanno concluso il percorso di *screening* (di 1-3 sedute) concludendo l'intervento alla fase di consulenza breve.
- *Intervento breve focale*: 16 soggetti, quindi il 26,2% dei 61 soggetti, hanno intrapreso e concluso l'intervento psicologico focale (di 6-8 colloqui).
- *Invio ai servizi di rete*: 7 soggetti, quindi l'11,5% dei 61 soggetti, sono stati accompagnati nell'invio ai servizi di rete, come associazioni del territorio e servizi sociali. Gli invii ai servizi di rete territoriali sono stati molto limitati a causa Covid, infatti sono stati possibili solo gli accessi ai centri antiviolenza, perché altre associazioni, come i centri per gli anziani, erano chiusi.
- *Invio ai servizi di II livello*: 6 soggetti, quindi il 9,8% dei 61 soggetti, sono stati accompagnati nell'invio ai servizi di II livello, come il SERT, CSM, consultorio.

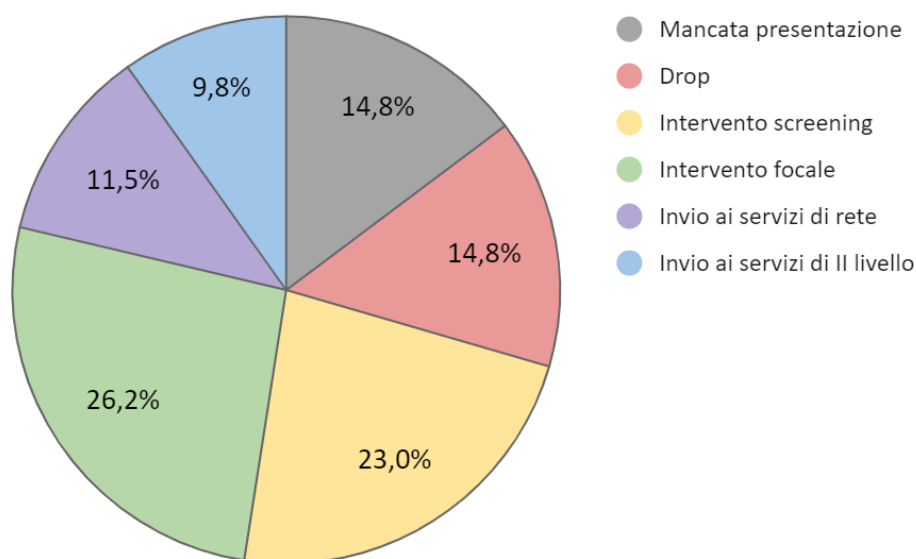


Figura 5: ripartizione del percorso terapeutico dei pazienti che hanno aderito al servizio psicologico.

Uno degli obiettivi dello PCP elencati nel secondo capitolo è quello di costituire un filtro per inviare ad altri servizi territoriali i pazienti, che in seguito alla valutazione psicologica, non

rientrano nel target di intervento dello Psicologo delle Cure Primarie. Dai dati raccolti si è verificato un invio di 13 soggetti a servizi territoriali (7 invii ai servizi di rete e 6 invii ai servizi di II livello):

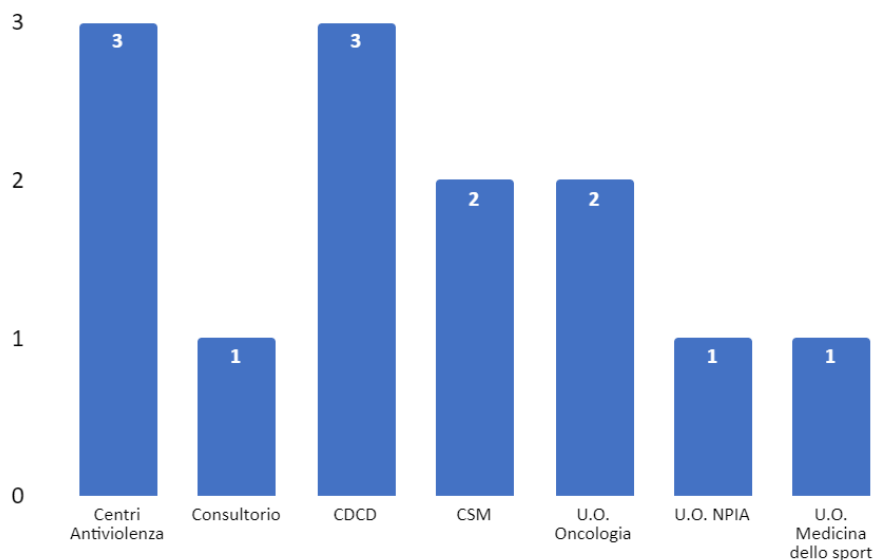


Figura 6: numero di invii ai servizi territoriali (servizi di rete e servizi specialistici di II livello)

Come si evince dal grafico (*vedi figura 6*) dei 13 invii ai servizi territoriali, 3 invii sono stati fatti ai centri antiviolenza territoriali, 1 invio al consultorio, 3 invii al Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), 2 invii al Centro di Salute Mentale (CSM), 2 invii all'unità operativa di Oncologia, 1 invio all'unità operativa di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) e 1 invio all'unità operativa della Medicina dello Sport.

Come già discusso più volte questo è un grande vantaggio che può portare lo Psicologo delle Cure Primarie all'interno della Sanità Pubblica, favorendo ad un alleggerimento del carico di lavoro dei servizi specialistici, una riduzione dei tempi di attesa, quindi un miglioramento della qualità delle prestazioni dei servizi territoriali.

CONCLUSIONE

Questo elaborato di tesi triennale ha il duplice obiettivo di porre attenzione alla figura dello Psicologo di Cure Primarie e contemporaneamente di presentare il progetto dell'AUSL della Romagna.

Nel primo capitolo il fine è quello di approfondire i vantaggi economici, sociali e clinici che lo Psicologo di Cure Primarie può portare all'interno di équipe sanitarie, evitando la "psicologizzazione" dei problemi, ma promuovendo stili di vita salutari. Questo è stato possibile grazie a numerosi studi condotti in alcuni stati europei, i quali, già da diversi anni, hanno strutturato e progettato l'intervento dello Psicologo di Cure Primarie all'interno dei servizi sanitari.

Nel secondo e terzo capitolo è stato presentato il progetto sostenuto dalla dottoressa Rachele Nanni, responsabile del progetto di psicologia dell'Ausl della Romagna, la quale grazie a questo studio pilota ha voluto sperimentare la figura professionale dello Psicologo di Cure Primarie. Questo ha contribuito a supportare l'utente nelle capacità di attivazione di strategie e risorse personali per prevenire e per gestire la propria condizione personale, ma ha anche facilitato la creazione di strategie interdisciplinari che rendono più appropriati ed efficaci i percorsi sanitari di prevenzione e di cura.

L'obiettivo di questa ricerca aziendale, ancora in corso, sulla Casa della Salute di Russi è quello di valutare l'impatto dell'intervento sulla salute psicologica dei pazienti inviati dai medici di medicina generale.

La condizione pandemica in corso ha un impatto significativo sul benessere psicologico e sociale dell'individuo, aggravando quindi la vulnerabilità a rischi psicosociali. Le conseguenze dirette e indirette della condizione pandemica hanno già portato e porteranno ad un aumento dei disagi reattivi, alla riduzione dei contatti sociali e quindi al riadattamento dell'esperienze di vita.

L'Associazione Italiana di Psicologia (2020) sostiene che la pandemia ha portato ad un impatto psicologico e sociale, che può essere definito come un "trauma sociale", in quanto gli effetti generati si manifesteranno sul medio-lungo periodo.

Questa cornice storico-culturale evidenzia ancora più marcatamente la necessità della figura professionale dello Psicologo delle Cure Primarie, che in collaborazione con gli altri agenti della rete sanitaria, contribuirebbe alla valorizzazione dei fattori protettivi dell'individuo e della

società. Diventerà quindi sempre più urgente fornire interventi appropriati di prevenzione alle forme di disagio reattivo, al fine di promuovere uno stile di vita salutare del soggetto, valutandolo nella sua interezza, invece che intervenire solo sui sintomi (Ferri, et al., 2020).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- American Psychological Association. (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. Washington, DC: APA.
- Associazione Italiana di Psicologia. (2020). *Aspetti psicologici della Fase 2. Analisi e proposte della Associazione Italiana di Psicologia*. Disponibile in: <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2020/05/DOCUMENTO-AIP-APRILE.pdf> [15 giugno 2021].
- Balestrieri, M., Carta, M. G., Leonetti, S., Sebastiani, G., Starace, F., & Bellantuono, C. (2004). Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 39, 171- 176.
- Berardi, D., Leggieri, G., Ceroni, G. B., Rucci, P., Pezzoli, A., Paltrinieri, E., Grazian, N., & Ferrari, G. (2002). Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Family Practice*, 19(4), 397-400.
- Bianco, F. (2018). *Lo psicologo nelle cure primarie: dall'utenza alla realizzazione*. Padova: Università degli Studi di Padova. Disponibile in: http://paduaresearch.cab.unipd.it/10668/1/tesi_definitiva_Francesca_Bianco.pdf [30 aprile 2021].
- Blount, A. (2003). Integrated primary care: Organizing the Evidence. *Families, Systems and Health*, 21, 121-133.
- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., Fagan, J., & Marmar, C. R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *The American journal of psychiatry*, 158(9), 1480–1485.
- Charney, M. E., Hellberg, S. N., Bui, E., & Simon, N. M. (2018). Evidenced-based treatment of posttraumatic stress disorder: An updated review of validated psychotherapeutic and pharmacological approaches. *Harvard Review of Psychiatry*, 26, 99-115.
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318-327.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

- Consiglio Nazionale Ordine Psicologi. (2017). *Ruolo della psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza*. Roma: CNOP. Disponibile in: <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2018/11/Ruolo-della-Psicologia-nei-Livelli-Essenziali-di-Assistenza-LEA-%E2%80%93-CNOP-2017-.pdf> [31 maggio 2021].
- Davis, L. L., Van Deventer, L. J., & Jackson, C. W. (2015). Pharmacologic Treatment for Trauma-Related Psychological Disorders. In U. Schnyder & M. Cloitre (eds.) *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders* (pp. 479-495). Cham (CH): Springer International Publishing Switzerland.
- Department of Health. (2012). IAPT three-year report. The first million patients. Disponibile in: https://www.uea.ac.uk/documents/746480/2855738/IAPT_3_year_report._The_first_million_patients.pdf [30 aprile 2021]
- Derksen, J. (2009). Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 493-501.
- Derksen, J. J. (1986). Clinical psychologists in the primary health care system in the Netherlands. *American psychologist*, 41(3), 313-314.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247-255.
- Felaco., R. (2011). Verso la fondazione dello psicologo di base. Intervista al Prof. Mario Bertini. In G. L. Palma (A cura di) *La professione di psicologo. Psicologia e Società moderna. Offrire risposte dove emerge la domanda: uno psicologo di base nello studio medico di medicina generale, n.01/2011*, (pp. 7-10). Roma: Consiglio Nazionale Ordine Psicologi.
- Ferri M., Alzapiedi A., Barbieri L., Brambatti L., Chiappelli M., Dondi P., Ghiretti F., Giacometti P., Leonardi B., Nanni R., Pifferi G., Ravaglioli P., & Saponaro. (2020). Psicologia e COVID-19. *Sestante*, 10, 20-25. Cesena: Ausl della Romagna. Disponibile in: <https://www.auslromagna.it/organizzazione/dipartimenti/dsm/sestante/anno-2020/6014-sestante-luglio-2020-n-10/file> [17 giugno 2021].
- Gazzetta Ufficiale. (2017). Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *GU Serie*

Generale n.65 del 18-03-2017. Suppl. Ordinario n. 15. Disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg> [31 maggio 2021].

- Henk H. J., Katzelnick D. J., Kobak K. A., Greist J. H., & Jefferson J. W. (1996). Medical costs attributed to depression among patients with a history of high medical expenses in health maintenance organization. *Archives of General Psychiatry*, 53, 899-904.
- Ivbijaro, G., & Funk, M. (2008). No mental health without primary care. *Mental health in family medicine*, 5(3), 127.
- Jauregui, A., Ponte, J., Salgueiro, M., Unanue, S., Donaire, C., Gómez, M. C., Burgos-Alonso, N., & Grandes, G. (2015). Efficacy of a cognitive and behavioural psychotherapy applied by primary care psychologists in patients with mixed anxiety-depressive disorder: a research protocol. *BMC Family Practice*, 16(1), 39.
- Layard, R., Clark, D., Bell, S., Knapp, M., Meacher, B., Priebe, S., Turnberg, L., Thornicroft, G., & Wright, B. (2006). The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders. *Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, LSE*. London: LSE.
- Liuzzi, M. (2016). *La Psicologia nelle cure primarie. Clinica, modelli di intervento e buone pratiche*. Bologna: Il Mulino.
- McDaniel, S. H., & deGruy, F. V. III. (2014). An introduction to primary care and psychology. *American Psychologist*, 69(4), 325-331.
- Miller, B. F., Teevan, B., Phillips, R. L., Jr., Petterson, S. M., & Bazemore, A. W. (2011). The importance of time in treating mental health in primary care. *Families, Systems & Health*, vol. 29(2), 144-145.
- NHS, Royal College of Psychiatrists. (2015). *Providing evidence-based psychological therapies to people with long-term conditions and/or medically unexplained symptoms*. London: RCPSYCH. Disponibile in: https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS02_2015.pdf [30 aprile 2021].
- NHS. (2019). *Adult Improving Access to Psychological Therapies programme*. Disponibile in <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/> [30 aprile 2021].
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162.

- Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaleoni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., Reitano, F., & Rigatelli, M. (2009). Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 444-449.
- Prins, M. A., Verhaak, P. F.M., Dineke, S., & Verheij, R. A. (2014). Healthcare utilization in general practice before and after psychological treatment: A follow-up data linkage study in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32, 117–123.
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2013). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour research and therapy*, 51(1), 37-45.
- Simon G., Ormel J., VonKorff M., & Barlow W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am. J. Psychiatry*, 152, 352-257.
- Solano L., & Fayella P. (2010). Una risposta possibile: medico e psicologo insieme nello studio In F. Reposati & M. Miraldi (A cura di), *Mente e Corpo di fronte alla cura medica* (pp. 9-16). Montepulciano (SI): Thesan e Turan.
- Solano, L. (2011a). Offrire risposte dove emerge la domanda: uno psicologo di base nello studio del medico di medicina generale. In G. L. Palma (A cura di) *La professione di psicologo. Psicologia e Società moderna. Offrire risposte dove emerge la domanda: uno psicologo di base nello studio medico di medicina generale*, n.01/2011, (pp. 11-14). Roma: Consiglio Nazionale Ordine Psicologi.
- Solano, L. (2011b). *Dal Sintomo alla Persona. Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base*. Milano: Franco, Angeli.
- Solano, L., & Fayella, P. (2007). Medico e psicologo insieme in studio. *Occhio clinico*, 7, 20-22.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. W. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD. The PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737-1744.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. The GAD-7. *Arch Intern Med*, 166(10), 1092-1097.
- Walker, B. B., & Collins, C. A. (2009). Developing an integrated primary care practice: strategies, techniques, and a case illustration. *Journal of Clinical Psychology*, 65(3), 268-280.
- Wittchen, H. U., & Pittrow, D. (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 17, 1-11.
- World Health Organization. (1946). Minutes of the technical preparatory committee for the international health conference. Official records of the World Health Organization No.1. Disponibile in: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85572/Official_record1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (p. 61) [17 giugno 2021].
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*. Disponibile in: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (p. 2) [18 giugno 2021].
- World Health Organization. (1990). *The introduction of a mental health component into primary health care*. Ginevra: WHO. Disponibile in: https://www.who.int/mental_health/media/en/40.pdf?ua=1 [17 giugno 2021].
- World Health Organization. (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen: WHO.