

La Ricerca sullo Psicologo di Base

La ISP (International Society of Psychology) è la prima Associazione non profit in Italia ad aver avviato un Progetto su scala Nazionale che prevede la collaborazione tra Medici di Medicina Generale e Psicologi, in linea con uno dei suoi scopi statutari fondamentali, quello di contribuire concretamente alla diffusione della Psicologia in Italia.

Il Progetto per la Cooperazione tra Medici di Medicina Generale e Psicologi, proposto nella forma di cooperazione sperimentale tra tali figure professionali complementari, è anche finalizzato a **svolgere una Ricerca sugli effetti della cooperazione tra medici di base e psicologi.**

Il modello che vogliamo sperimentare, che ufficialmente chiameremo modello dello **Psicologo delle Cure Primarie**

(in Italia spesso definito "Psicologo di Base" per analogia con la figura del MMG, in passato definito anche "Medico di Base") è quello già proposto e sperimentato a livello internazionale (soprattutto negli USA) noto come modello del

Primary Care Psychologist

.
-

--

Progetto di Ricerca

“Gli Effetti della Cooperazione Sperimentale tra Medici di Medicina Generale e Psicologi in Italia”

Responsabili di ricerca:

Dr. Alessio Penzo

Dr. Loredana Scalini

- **Introduzione**

Sino al 70% dei pazienti che richiedono un appuntamento dal medico presenta problemi psicosociali legati a tale richiesta (Gatchel and Oordt - APA, 2008). Numerosi studi hanno infatti dimostrato che un numero elevato di pazienti che afferiscono ai servizi dei medici delle cure primarie presentano problemi psicologici, e questo non è un fenomeno recente: ad esempio, già più di 40 anni fa, Cummings et al. (1962; 1967; 1968) hanno documentato che ben il 60% delle visite eseguite dai medici, riguardavano pazienti senza malattie fisiche o con problemi psicologici che esacerbavano i sintomi fisici.

Questi dati sono stati confermati anche da studi più recenti (Badger, 1994; Ballenger, 1987; Barrett et al., 1988; Bridges and Goldberg, 1985; Kessler et al., 1987; Lebowitz et al., 1997; Regier et al., 1978; 1993; von Korff et al., 1992; West, 1979)

Bea e Tesar (2002) hanno riscontrato che più della metà dei disturbi mentali comuni sono trattati esclusivamente nell'ambito dei servizi delle cure primarie.

A tal proposito, da una recente *review* di Coyne et al. (2002), è emerso che, nonostante il fatto che i pazienti con disturbi della sfera emotiva entrino maggiormente in contatto con i medici delle cure primarie (piuttosto che con i servizi di salute mentale), tali problemi vengono spesso non riconosciuti o trattati in modo inadeguato.

Sino ai 2/3 dei pazienti che presentano problemi che rientrano in una diagnosi di disturbo mentale, non riceveranno una diagnosi dal medico delle cure primarie (deGruy, 1996; Spitzer et al., 1994)

E' stato dimostrato che negli USA l'80% circa delle prescrizioni di psicofarmaci sono effettuate da medici non-psichiatri, la maggior parte dei quali operanti nell'ambito del primary care (Berdsley et al. 1988)

, tanto che il servizio delle cure primarie è stato anche definito come "il sistema della salute mentale

de facto

".

Molti disturbi psichiatrici vengono comunemente diagnosticati e trattati nel settore delle Cure Primarie senza il ricorso ad uno specialista della salute mentale (Miranda et al., 1994). Tipicamente, un qualsiasi medico di famiglia diagnosticherà e tratterà più pazienti con depressione maggiore, ansia generalizzata e disturbo di panico di quanti molti psicologi potranno vedere nell'arco della loro intera vita professionale.

Ad esempio, nel caso della depressione, è stato stimato che solo un paziente depresso su tre cercherà delle cure dirette per i sintomi depressivi (Goodnick et al., 1995); di questi, il 70%-90% si rivolgerà ad un medico delle cure primarie (Blacker and Clare, 1987)

, figura professionale quest'ultima che in Italia è rappresentata dal Medico di Medicina Generale (MMG); purtroppo però, nonostante il fatto che la depressione sia un disturbo piuttosto diffuso e invalidante, solo la metà di questi pazienti riceverà una diagnosi corretta dal medico delle cure primarie (Coyne et al., 1995)

; infine, dei pazienti che riceveranno una diagnosi corretta, molti non riceveranno le giuste dosi di antidepressivi

(Wells et al., 1994)

e solo pochi di loro saranno inviati dallo psicologo.

I pazienti che soffrono di disturbi mentali presentano una maggiore sintomatologia fisica (Katon et al., 1990; Kroenke et al. 1994)

e utilizzano circa il doppio delle risorse sanitarie rispetto ai pazienti che non presentano psicopatologia

(deGruy, 1994)

; nei pazienti con disturbo di somatizzazione l'utilizzo di tali risorse è addirittura nove volte maggiore

rispetto alla media nazionale

(Smith, 1994)

.

Mediamente un Medico di Medicina Generale con **1500 assistiti**, nell'arco di un anno incontrerà:

- 45-75 pazienti con **depressione**
- 53-60 pazienti con **disturbi d'ansia**
- 36-45 pazienti con **disturbi situazionali e reattivi**
- 2-3 pazienti con **schizofrenia**
- 4-5 pazienti con **depressione grave o disturbo bipolare**
- 3-4 pazienti con **demenza**
- 3-4 pazienti con **dipendenza da alcool o sostanze**

Non sono classificati tutti i disturbi sottosoglia, comportanti gravi disabilità e sofferenza soggettiva (Tansella e Di Girolamo, 2001).

Da un'analisi della letteratura sulle ricadute economiche degli **interventi psicologici nell'ambito delle cure primarie**

è emersa una riduzione delle spese sanitarie

tra il 33 ed il 47%

(Lazzari, 2011)

.

Da una meta-analisi è emerso che gli interventi farmacologici e psicologici integrati comportano minori spese sanitarie

(Flor, 2002)

.

L'aggiunta di interventi psicologici per i pazienti con serie patologie mediche determinano (Lech nyr, 1999)

La Ricerca in corso sullo Psicologo di base

Scritto da

Mercoledì 23 Ottobre 2013 16:24 - Ultimo aggiornamento Domenica 27 Ottobre 2013 11:19

:

- 77,9% riduzione della durata media dell'ospedalizzazione

- 66,7% riduzione della frequenza delle ospedalizzazioni

- 48,6% diminuzione numero di prescrizioni

- 48,6% diminuzione del numero di visite nello studio del medico

- 45,3% diminuzione delle visite mediche domiciliari

- 31,2% diminuzione dei contatti telefonici

Da una metaanalisi su 37 studi è emerso che gli effetti degli interventi psicologici sui pazienti con malattie cardiovascolari (educazione alla salute e gestione dello stress) hanno mostrato

una **riduzione del 34% della mortalità cardiaca** e il **29% di riduzione nel numero degli infarti** ; inoltre vi è un effetto significativamente positivo su pressione sanguigna, colesterolo, peso corporeo, fumo, esercizio fisico e abitudini alimentari (Dusseldorp et al., 1999)

E' stata osservata anche una **riduzione delle spese sanitarie del 30%** nei pazienti con malattie cardiovascolari sottoposti a trattamento psicologico, a fronte di un aumento del 20% nel gruppo di controllo (Shellemberger et al., 1996)

Gli interventi di tipo psicologico nei pazienti cardiaci riduce il rischio di nuovi eventi nel **75% dei casi** rispetto ai pazienti trattati con sole cure di tipo medico (Sobel, 2000)

In molti studi è stata dimostrata l'efficacia degli interventi psicologici nel trattamento di mal di schiena, mal di testa, fibromialgia, sindrome temporo-mandibolare e dolore gastrointestinale infantile (Kroner-Herwig, 2009).

Molti disturbi psichiatrici vengono comunemente diagnosticati e trattati nel settore delle Cure Primarie senza il ricorso ad uno specialista della salute mentale (Miranda et al. 1994).

L'Italia è al quinto posto nel mondo per consumo di psicofarmaci: circa nove milioni di italiani ne fanno uso. Sono la seconda categoria di farmaci più diffusi in Italia, dopo quelli per il sistema cardiovascolare. Le donne consumano il doppio degli psicofarmaci degli uomini (Liuzzi, 2011)

Da una ricerca condotta in Italia dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione e presentata ad un Convegno nel 2007, dei **532 medici di famiglia** intervistati, 317 hanno

La Ricerca in corso sullo Psicologo di base

Scritto da

Mercoledì 23 Ottobre 2013 16:24 - Ultimo aggiornamento Domenica 27 Ottobre 2013 11:19

dichiarato di prescrivere psicofarmaci (per l'ansia e la depressione) nel 50% circa dei casi, 114 nel 70-80% dei casi e 101 nel 20-30% dei casi.

In Italia il consumo di antidepressivi dal 2002 al 2010 è passato **dal 19,9 al 35,7%**, con un incremento annuo del 6,7%. Il 6,4% della popolazione generale che ha usufruito di almeno una prescrizione di antidepressivi in un anno (circa 3.800.000 italiani) (Liuzzi, 2011)

Gli psicofarmaci più diffusi sono le benzodiazepine: 126 confezioni ogni 100 abitanti, più di una scatola a testa all'anno. Nel 2010 la benzodiazepina è stato il farmaco di classe C più venduto in Italia, con il 17,3% della spesa totale, pari a oltre 535 milioni di euro (Liuzzi, 2011).

Il peso economico del disagio psicologico e psichiatrico è stimato fra il 3 e il 4% del PIL dell'Unione Europea (OMS).

In molte nazioni sviluppate, dal 35% al 45% dell'assenteismo sul posto di lavoro è causato da disturbi mentali e psicologici (OMS).

- **Obiettivi della Ricerca**

Scopo della ricerca è quello di verificare gli effetti di diversi modelli di cooperazione tra Medici di Medicina Generale e Psicologi appositamente formati nell'ambito specifico della Psicologia delle Cure Primarie e le cui modalità d'intervento ricalcano quelle sperimentate a livello internazionale da una figura professionale solitamente definita *Primary Care Psychologist* che, in Italia, per analogia con una definizione ancora diffusa del Medico di Medicina Generale, si tende a chiamare "Psicologo di Base".

Dipendentemente dalla quantità e dalla qualità dei dati raccolti, la ricerca oggetto del presente Progetto potrà rilevare e misurare le seguenti variabili:

1. Atteggiamento dei MMG verso tale nuova forma di cooperazione su scala Nazionale
2. Percentuale di MMG che accettano la cooperazione in Italia ed eventuali differenze Regionali
3. Modelli di cooperazione più frequentemente adottati (tra i 5 proposti)
4. Durata media della cooperazione
5. Percentuale dei pazienti afferenti allo studio medico che avranno usufruito del SPLA
6. Tipologie e frequenza delle problematiche per le quali i pazienti sono stati inviati dal medico allo Psicologo del SPLA
7. Tipologie e frequenza delle problematiche riscontrate dallo Psicologo del SPLA
8. Condizione del Benessere Psicologico Generale dei pazienti (tramite la somministrazione del test PGWBI) pre e post-intervento psicologico.
9. Differenze tra i 5 Modelli di Cooperazione proposti nel numero di pazienti afferenti o richiedenti il servizio di SPLA
10. Percentuale di pazienti inviati dallo Psicologo ad altri Professionisti
11. Percentuale di pazienti che, dopo il primo colloquio gratuito, intraprendono un percorso d'intervento psicologico esterno al SPLA

Altre variabili come le variazioni nel numero di visite specialistiche ed esami assegnati dal medico, le variazioni nella spesa sanitaria complessiva per i farmaci, il livello di soddisfazione generale dei pazienti percepita dal medico e le variazioni nel numero di visite a partire dall'introduzione del SPLA potranno essere misurate in base alla disponibilità da parte dei MMG a fornire queste tipologie di informazioni.

La ricerca è inoltre finalizzata a raccogliere informazioni e suggerimenti dai medici e psicologi cooperanti su come migliorare la cooperazione, la sua efficacia e la sua integrazione nell'ambito delle cure primarie.

Materiali e Procedure

- **Psicologhe e psicologi aderenti al PNSP**

Tutti i Professionisti aderenti al PNSP appartengono alla Rete Professionale Nazionale di Psicologi e Psicoterapeuti denominata "*Psicocenter Italia*", centralmente coordinata dalla ISP; tale Rete Professionale è organizzata secondo una distribuzione territoriale basata sull'estensione dei territori (organizzati in distretti) e sul numero dei residenti, al fine di garantire una presenza omogenea e capillare dei Professionisti del PNSP in tutte le Province Italiane.

Il numero finale delle Psicologhe e degli Psicologi aderenti al PNSP non è definibile a priori in quanto in continua crescita: attualmente, si attesta su diverse centinaia di Professionisti sparsi in tutte le Regioni Italiane.

- **Formazione specifica e continua sulla Psicologia delle Cure Primarie**

Tutti i Professionisti ISP aderenti al PNSP, prima di iniziare la fase operativa del Progetto, vengono preliminarmente formati nell'ambito specifico della Psicologia delle Cure Primarie attraverso lo svolgimento di un Corso di Formazione Professionale realizzato *ad hoc* e fornito gratuitamente dalla ISP ai professionisti aderenti al progetto. Il corso è finalizzato a fornire informazioni e conoscenze di base tratte esclusivamente dalla più recente letteratura scientifica internazionale e nazionale, per facilitare l'integrazione degli psicologi del PNSP nel contesto specifico e particolare dello studio del Medico di Medicina Generale (MMG).

Durante lo svolgimento del PNSP inoltre sono previsti periodici approfondimenti tematici su patologie specifiche tipicamente riscontrate nell'ambito delle cure primarie per le quali è stato dimostrato che tali pazienti possono trarre un significativo vantaggio e beneficio dal tempestivo intervento della figura dello psicologo in loco.

La Psicologia delle Cure Primarie è quella branca della Psicologia, basata su una sperimentazione internazionale ampia e quarantennale, che si occupa della figura dello Psicologo inserito nello specifico ambito Medico delle Cure Primarie. Tale scienza si occupa delle specifiche e particolari problematiche che uno Psicologo deve saper affrontare in questo particolare ambito medico, ambito che presenta caratteristiche differenti da quello "tradizionale" dello studio privato dello Psicologo e che richiede una preparazione adeguata sia per quanto concerne la capacità di saper gestire entro termini temporali brevi (15-30 minuti) un'ampia varietà di problematiche psicologiche comunemente associate alla richiesta di assistenza medica, sia per quanto concerne la capacità di integrarsi in questo particolare contesto lavorativo con le figure professionali in esso già operanti (medici, personale, ecc.).

- **Anonimato e protezione dei dati personali (e sensibili) dei Pazienti e dei Medici**

Gli psicologi del PNSP dovranno raccogliere e custodire secondo i termini di legge e nel massimo rispetto di quanto specificato nei regolamenti emanati recentemente dagli Ordini Professionali i dati personali dei Pazienti (compresi quelli sensibili) raccolti ai fini dello svolgimento del servizio di psicologia offerto e della ricerca.

Ai responsabili della ricerca vengono comunicati esclusivamente i dati necessari allo svolgimento della stessa, nel pieno rispetto e salvaguardia dell'anonimato dei pazienti. In particolar modo lo/a Psicologo/a non dovrà comunicare il nome e cognome dei pazienti ma uno pseudonimo arbitrariamente assegnato e, in ogni caso, i responsabili della ricerca tratteranno tutti i dati raccolti adottando rigorosamente tutte le precauzioni e le misure necessarie a salvaguardare la privacy e il pieno anonimato dei pazienti e dei medici cooperanti.

Nel documento del consenso informato che lo psicologo deve far leggere e firmare ad ogni paziente afferente al SPLA, è riportato in modo esplicito che i dati raccolti saranno utilizzati anche ai fini dello svolgimento della presente ricerca, nel massimo rispetto e salvaguardia dell'anonimato del paziente.

- **Raccolta dei dati**

La Ricerca in corso sullo Psicologo di base

Scritto da

Mercoledì 23 Ottobre 2013 16:24 - Ultimo aggiornamento Domenica 27 Ottobre 2013 11:19

La prima fase dell'esperimento consiste nella raccolta dei dati effettuata dagli Psicologi e Psicologhe aderenti al PNSP in tutta Italia, in un arco di tempo la cui durata sarà definita in base all'andamento del Programma stesso. La raccolta dei dati sarà effettuata da ogni singolo Psicologo attraverso la compilazione di un modulo nel quale dovrà inserire una serie di informazioni strettamente necessarie allo svolgimento della ricerca.

- Analisi dei dati

I dati raccolti saranno elaborati e analizzati attraverso procedure statistiche adeguate, principalmente statistiche descrittive (ANOVA, t-student) e analisi delle serie temporali.

- Tempi e pubblicazione dei risultati

I tempi dello svolgimento della ricerca dipendono primariamente dalla velocità di propagazione e dal grado di adesione all'iniziativa a livello Nazionale; non è dunque possibile stabilirli a priori. Si stima che le prime analisi potranno essere condotte non prima di un anno a partire dall'avvio della fase operativa del PNSP (Luglio 2013). Lo studio finito sarà sottoposto alle maggiori riviste di settore accreditate e i risultati saranno resi noti tramite i consueti canali di comunicazione utilizzati dalla ISP.

- **Collaboratori di ricerca**

La Ricerca sugli Effetti della Cooperazione tra Medici di Medicina Generale e Psicologi in Italia è resa possibile dalla preziosa collaborazione degli Psicologi e Psicologhe aderenti al PNSP in tutta Italia.

Tutti i Professionisti (Psicologi e Medici) che avranno collaborato alla realizzazione della ricerca oggetto del presente progetto, potranno pertanto scegliere di comparire in qualità di **collaboratori di ricerca** ed essere quindi inseriti nell'elenco dei professionisti che avranno contribuito alla realizzazione dello studio.

- **Responsabili della ricerca**

I responsabili e referenti della ricerca sono il **Dott. Alessio Penzo** e la **Dott.ssa Loredana Scalini**. La ricerca è condotta in seno al Progetto Nazionale per la Salute Psicologica (PNSP) coordinato dall'associazione non-profit [*International Society of Psychology \(ISP\)*](#)

- Formato pdf

Tutti i professionisti coinvolti nel presente Progetto di Ricerca (collaboratori di ricerca e medici cooperanti), possono richiedere questo documento in formato pdf al responsabile della ricerca: alessiopenzo@i-s-p.org.

Riferimenti Bibliografici

Badger, L.W., deGruy, F. et al. (1994). Patient presentation, interview content, and the detection of depression by primary care physicians. *Psychosomatic Medicine*, 56, 128-135.

Ballenger J. (1987). Unrecognized prevalence of panic disorder in primary care, internal medicine and cardiology. *American Journal of Cardiology* 60, 39J-47J.

Barrett J., Barrett J., Oxman T., & Gerber P. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1100-1106.

Bea, S.M., Tesar, G.E. (2002). A primer on referring patients for psychotherapy. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 69, 113-114, 117-118, 120-122, 125-127.

Blacker C. and Clare A. (1987). Depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 150, 737-751.

Bridges K.W. and Goldberg D.P. (1985). Somatic presentation of *DSM-III* psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 563-569.

Cummings, N.A. & Follette, W.T. (1968). Psychiatric services and medical utilization in a prepaid health plan setting, Part 2. *Medical Care*, 6, 31-41.

Cummings, N.A., Kahn, B.I. & Sparkman, B. (1962). *Psychotherapy and medical utilization: A pilot study*.
Oakland CA: Annual Reports of
Kaiser Permanente Research Projects.

deGruy F.V. (1994). Patient presentation, interview content and the detection of depression by primary care physician. *Psychosomatic Medicine*, 56, 128-135.

deGruy, F. V. (1996). Mental health care in the primary care setting. In M. Donaldson et al. (Eds), *Primary care America's health in a new era* (pp. 258-311), Washington, DC: National Academy Press.

Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology* 18(5):506-19.

Fries, J.F., Everett Koop, C., Beadle, C.E., Cooper, P.P., England, M.J., Greaves, R.F., Sokolov, J.J., Wright, D. and the Health Project Consortium (1993). Reducing Health Care Costs by Reducing the Need and Demand for Medical Services – *The New England Journal of Medicine* , 329:321-325.

Gatchel, R.J. and Oordt, M.S. (2008). *Clinical Health Psychology and Primary Care. Practical Advice and Clinical Guidance for Successful Collaboration* – American Psychological Association, Washington, DC.

Goodnick, P., Henry, J. & Buki, V. (1995). Treatment of depression in patients with diabetes mellitus. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 128-136.

Katon, W. , Von Korff, M. et al. (1990). Distressed high utilizers of medical care. *DSM-III-R* diagnoses and treatment needs.

General Hospital Psychiatry,
12, 355-362.

Kessler, L.G., Burns, B.J. et al. (1987). Psychiatric diagnoses of medical service users : Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health*, 77, 18-24.

Kroenke, K., Spitzer R.L. et al. (1994). Physical symptoms in primary care: Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3, 774-779.

Kröner-Herwig B. (2009). Chronic pain syndromes and their treatment by psychological interventions. *Current Opinion in Psychiatry*. 22(2):200-4.

Lazzari, D. (2011). Psicologia Sanitaria e malattia cronica. Interventi evidence-based e disease Management. *Pacini Editore*. Pisa 2011.

Lebowitz, B., Pearson, J., Schneider, R., Reynolds, C., Alexopoulos, G., Bruce, M., Conwell, Y., Katz, I., Meyers, B., Morrison, M., Mossey, J., Niederehe, G. & Parmelee, P. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus statement update. *Journal of American Medical Association*, 278, 1186-1190.

Liuzzi, M. (2011). Un modello innovativo: la Psicologia di Cure Primarie. Intervento al Convegno: *La Psicologia nell'area delle cure primarie*, Torino, 30/09/2011.

Scritto da

Mercoledì 23 Ottobre 2013 16:24 - Ultimo aggiornamento Domenica 27 Ottobre 2013 11:19

Miranda, J., Hohmann, A.A., Attkisson, C.C. & Larson, D.B. (Eds.). (1994). *Mental disorders in primary care*. San Francisco: Jossey-Bass.

O'Donohue, W., Ferguson, K., Cummings, N.A. Introduction: reflections on the medical cost offset effect. In Cummings, N.A., O'Donohue, W., & Ferguson, K.. *The Impact of Medical Cost Offset on Practice and Research: Making it work for you*. Reno, NV: C. Press. 2002.

Regier, D., Goldberg, I. & Taube, C. (1978). The de facto mental health services system. *Archives of General Psychiatry*, 35, 685-693.

Regier, D., Narrow, W., Rae, D., Manderscheid, R., Locke, B., & Goodwin, F. (1993). The de facto mental health and addictive disorders service system. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.

Smith, G.R. (1994). The course of somatization and its effects on utilization of health care resources. *Psychosomatics*, 35, 263-267.

Spitzer, R.L., Williams, J.B., et al., (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *Journal of American Medical Association*, 272, 1749-1756.

Tansella M., De Girolamo G. (2001). Diffusione dei disturbi mentali nella comunità, nella *Giornata Mondiale della salute mentale*.

Von Korff, M., Ormel, J., Katon, W., & Lin, E. (1992). Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 49, 91-100.

West, N.D. (1979). *Psychiatry in primary care medicine*. Chicago. Year Book Medical.

La Ricerca in corso sullo Psicologo di base

Scritto da

Mercoledì 23 Ottobre 2013 16:24 - Ultimo aggiornamento Domenica 27 Ottobre 2013 11:19
