

## **Disegno di legge 1827 “istituzione dello psicologo di cure primarie ”**

Audizione XII Commissione Senato della Repubblica

Dott.ssa Biancarosa Volpe

Psicologa Psicoterapeuta,

Responsabile F.F. UOC Psicologia Ospedaliera

Azienda Universitaria - Ospedaliera di Padova

Il disegno di legge risponde ad un importante mancanza assistenziale e di prevenzione del mondo della cura sanitaria

L'istituzione di uno psicologo che lavora strettamente con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta permette di formalizzare un modello di cura integrato psico-somatico.

### **Punti di forza del progetto di legge**

La mia esperienza professionale di 46 anni nel servizio sanitario pubblico sia nei servizi territoriali che in ospedale mi ha sempre messo di fronte all'enorme problema di una mancanza di risposta psicologica a categorie specifiche di pazienti.

Se nei primi anni di vita istituzionale dei Consultori Familiari come servizi di libero accesso ci si occupava di tutte le problematiche psicologiche delle famiglie sia a livello individuale che di coppia che di gruppo ,il tempo ha profondamente modificato il ruolo dei consultori stessi. Si e' infatti assistito ad una riduzione progressiva della componente di prevenzione psicologica a favore del supporto degli Organi Giudiziari sulle problematiche della famiglia in ordine alle separazioni, alla tutela dei minori, ed all'adozione nazionale ed internazionale.

Sempre meno prevenzione e sempre piu' lavoro a valle quando i guai esplodono.

Il testo di legge attribuisce al Servizio di Psicologia di cure primarie l'importantissimo compito di intercettare precocemente questi disagi e di favorirne una precoce presa in carico o prevenzione

Negli Usa il Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention ha svolto una rilevante studio retrospettivo( ACE STUDY 2008) su 17000 adulti statunitensi nel quale sono state esaminate le relazioni tra stress infantili e salute adulta. (The effects of childhood stress on health across the lifespan ,Atlanta, 2008).

Gli eventi generatori di stress infantili sono :

**Abuso**(Fisico,Emozionale,Sessuale),**Trascuratezza**(Emozionale,Fisica)**Disfunzioni famigliari**(madri violente ,tossicomania familiare,malattie mentali familiari,separazione o divorzio dei genitori,membri della famiglia carcerati)

Le patologie rilevate a distanza sono :Alcoolismo ed abuso alcoolico,Malattie polmonari croniche ostruttive,Morte fetale, Depressione,Tossicomania, Malattie cardiache ischemiche, Malattie epatiche, Rischio di violenza intrafamiliare, Relazioni sessuali promiscue, Dipendenza da fumo, Condotte suicidarie, Gravidanze non desiderate.

Questa e molte altre ricerche effettuate negli ultimi 15 anni hanno messo in evidenza come gli stress infantili aumentino a livello organico gli indici infiammatori che permangono nel tempo e favoriscono le patologie organiche.(Danese A. et coll. 2007, 2008, Surtes P .et coll 2003, Kiecolt-Glaser Jk. Et coll. 2011, Carpenter Ll 2010, Lemieux A. et coll 2008)

Esperienze infantili avverse predicono cambiamenti a livello del sistema immunitario , metabolico e neurobiologico collegati allo sviluppo di malattie legate all'età. I risultati del Dunedian Study (studio neozelandese longitudinale su 1037 soggetti dai 3 ai 38 anni ) mostra come il maltrattamento infantile, lo svantaggio socioeconomico e l'isolamento sociale sono predittori di elevato rischio di depressione, problemi metabolici e livelli infiammatori elevati in età adulta (Felitti Vj. Et coll. 1998, Wegman Hl et coll. 2009). Esiste una relazione tra esperienze infantili avverse e rischi di malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2 ( Thomas C. et coll 2008, Alastalo H et coll. 2009 ).

I costi di una non attenzione precoce al benessere dell'infanzia sono elevatissimi per il sistema sanitario che si trova a fronteggiare negli anni le conseguenze sia in termini di psicopatologie che patologie organiche croniche .

Un altro punto rilevante e meritevole del testo è il riferimento all'assistenza psicologica ai pazienti adulti e minori affetti da malattie croniche.

I servizi di Psicologia ospedaliera laddove esistono, si occupano da anni di queste problematiche nei vari percorsi di cura ospedalieri, ed hanno sviluppato una clinica che non appartiene agli insegnamenti universitari.

Abbiamo appreso dall'esperienza come intervenire psicologicamente con pazienti sottoposti a interventi chirurgici , affetti da malattie rare, ricoverati a lungo per complicanze in terapie intensive, terminali , ma anche come favorire i processi di comunicazione e relazionali tra i curanti ed i pazienti e le loro famiglie, oltre a supportare i familiari nella prima fase della perdita del loro caro.

La letteratura internazionale ha dimostrato che pazienti con patologie cardiache sottoposti ad interventi cardiocirurgici , se affetti da depressione e rilevanti stati di ansia hanno maggiori complicanze post operatorie e maggiore mortalità anche nel tempo.

In una meta-analisi del 2017 su 236.595 pazienti sottoposti ad intervento cardiocirurgico, l'associazione tra depressione e ansia perioperatorie aumenta la mortalità post-operatoria nei pazienti sottoposti ad intervento cardiocirurgico (T. Hisato, A. Tomo e U. Takuya, 2017).

L'esperienza clinica ci ha mostrato come a parità di trattamento farmacologico i pazienti con patologie croniche dopo un trattamento psicoterapico mostrano un miglior adattamento alla malattia, ed una più facile stabilizzazione delle sue condizioni cliniche.

Molte volte nella mia decennale esperienza clinica ho fatto i conti su quanto denaro l'ospedale risparmiava (tenendo conto anche dei costi del mio stipendio) con i pazienti affetti da rilevanti cardiopatie che si stabilizzavano e riducevano consistentemente gli accessi al pronto soccorso.

Ma, da sempre, noi psicologi ospedalieri, viviamo la profonda frustrazione di non avere un servizio territoriale di riferimento per i pazienti affetti da malattie croniche ed invalidanti, consci che la soluzione non sia una relazione terapeutica con i pazienti in ospedale anche dopo la dimissione.

Ci siamo trovati a sperimentare alcuni anni fa con i pazienti sottoposti ad assistenze meccaniche cardiache, un supporto innovativo psicologico in telemedicina su un progetto sperimentale della Regione Veneto, che ha dato risultati importantissimi nell'aiutare i pazienti a sostenere le inevitabili difficoltà e frustrazioni derivanti da una convivenza con una macchina cardiaca e dalla paura dei rischi di eventi avversi (Progetto Telemaco comunicazione alla American Heart Association 2017). L'esperienza della pandemia Covid 19 ci ha permesso di passare velocemente e con ottimi esiti al supporto psicologico telematico.

Oggi penso che nel caso di un supporto domiciliare si possa ricorrere a questi modelli di intervento psicologico a distanza che permettono di risparmiare i tempi di spostamento ed implementare il numero di pazienti assistiti.

Pertanto, la proposta di legge in oggetto apre un importante capitolo sulla riduzione dei costi assistenziali, grazie ad una presa in carico integrata medico psicologo del paziente.

### **Criticità del progetto di legge**

#### **Art.2 punto c**

*Il servizio psicologico di cure primarie organizza e gestisce l'assistenza psicologica di base promuovendo e realizzando l'integrazione funzionale con i servizi specialistici di secondo livello di salute mentale, psicologia, psicologia ospedaliera, psicoterapia e degli altri servizi sanitari e sociosanitari.*

**Attualmente non sono presenti servizi di psicoterapia nel Servizio Sanitario, ma a abbiamo servizi di Psicologia Clinica e servizi di Psicologia Ospedaliera. La funzione psicoterapica viene attuata in tutti i servizi psicologici ed i servizi sanitari dove sono presenti psicologi ( consultori familiari, servizi di neuropsichiatria infantile, servizi per le tossicodipendenze, servizi psichiatrici, servizi per la disabilita. ) e quelli dove sono presenti medici con la funzione di psicoterapeuti.**

Art. 3 , comma 1 prevede che afferiscono al servizio di psicologia delle cure primarie :

*gli psicologi dirigenti dipendenti dal servizio sanitario, gli psicologi con rapporto convenzionale della specialistica ambulatoriale,(per i quali e previsto per l'accesso al servizio sanitario la specializzazione post laurea in psicoterapia ) e gli psicologi assunti con formazione post laurea in cure primarie.*

**Gli psicologi dipendenti e a rapporto convenzionale devono avere come prerogativa la specializzazione post laurea ( art.52 del DPR 483/1997)**

**Non esistono scuole di specializzazione post laurea in cure primarie.**

**Faccio osservare che per occuparsi di pazienti affetti da patologie croniche è necessario un training formativo di almeno tre anni in ambito ospedaliero, dove ci sono gli psicologi preparati a lavorare con i medici sulle problematiche psicologiche di questi pazienti.**

**Per esempio e' importante saper fare psicodiagnosi differenziale in pazienti che presentano difficoltà ad aderire ai trattamenti medici, difficoltà che possono afferire a problematiche di personalità ed emozionali o a deficit cognitivi che la patologia può implicare.**

**A cio si aggiunge la necessità per gli psicologi un training formativo sul come collaborare con i medici , come supportare il personale curante, come lavorare con interi nuclei familiari ed come sviluppare competenze di interventi preventivi su fasce di popolazione fragili ed a rischio di patologie .**

**Pertanto va specificato che tutti gli psicologi che afferiscono al servizio devono avere una specializzazione post laurea e fare un iter formativo specifico che li abiliti a lavorare nell'ambito delle cure primarie.**

Articolo 3 comma 2

*Al fine di ottimizzare la presenza e l'utilizzo degli psicologi dipendenti e convenzionati , le aziende sanitarie locali ed ospedaliere , nell'adozione dell'atto aziendale istituiscono il Dipartimento di psicologia all'interno del quale e' ricondotto anche il servizio di psicologia delle cure primarie la cui direzione e' affidata ad un dirigente psicologo.*

Questo articolo mette in evidenza la necessità di una regia programmatica delle attività psicologiche nelle unità sanitarie locali ed ospedaliere.

E' un punto molto importante e rilevante , in quanto l'attuale organizzazione di servizi soprattutto territoriali e' caratterizzata da differenti servizi afferenti a differenti dipartimenti( come ad esempio il materno infantile oppure quello di salute mentale ecc.)

Questa disposizione e' in linea con la Legge 176/20 nell' "Art. 20-bis (Disposizioni in materia di attività degli psicologi). che all'articolo 1 recita " *Al fine di garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo nell'eccezionale situazione causata dall'epidemia da COVID-19 e di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini e agli operatori sanitari, di ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali degli psicologi dipendenti e convenzionati nonché di garantire le attività previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA), ai fini dell'applicazione della direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 13 giugno 2006, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006, le aziende sanitarie e gli altri enti del Servizio sanitario nazionale possono organizzare l'attività degli psicologi in un'unica funzione aziendale.* ".

**Il termine Dipartimento Aziendale di Psicologia va definito meglio, se di tipo funzionale o gestionale .**

**Mi interrogo se non sarebbe piu' opportuno fare afferire tutti gli psicologi al Servizio di Psicologia della Azienda Sanitaria ( con funzioni cliniche e di prevenzione ) , che pur continuando ad operare nei vari servizi aziendali fanno pero' riferimento a questo servizio per quanto riguarda il monitoraggio delle attività psicologiche, la verifica degli esiti, l'individuazione dei bisogni psicologici territoriali e la loro la variazione nel tempo e la riprogettazione che tenga conto delle nuove acquisizioni scientifiche e professionali.**

Bibliografia orientativa

A.Danese B. McEwen. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. Behavior, vol.106,1,29-39,2012

De Blises M. Zisk A. The biological effects of childhood trauma. Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2014 Apr;23(2):185-222, vii. Review

T. Hisato, A. Tomo e U. Takuya. Perioperative depression or anxiety and postoperative mortality in cardiac surgery; a systematic review and meta-analysis. *Heart and vessels*, vol. 32, n. 12, pp. 1458-1468, 2017.

J. Line, R. Hartmann, E. Terrie, E. Moffit, E. O. Jesper, D. W. Belsky, A. Danese, H. Harrington, R. M. Houts, R. Poulton, K. Sugden, B. Williams, A. Caspi. Cumulative childhood risk is associated with a new measure of chronic inflammation in adulthood, *J Child Psychol. Psychiatry*, 2019 Feb;60(2):199-208.

V. Tarzia. C. Cavalli. J. Bejko. L. Bagozzi. T. Bottio. B. Volpe. G. Gerosa. TELEmedicine for monitoring of patients with Mechanically Assisted Circulatory support Out of hospital. American Heart Association, Scientific Session 2016, Nov. 12-16.

A.R. Tyrka, D.E. Burges, N S Philip, L H Price, L L Carpenter  
The neurobiological correlates of childhood adversity and implications for treatment *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Dec;128(6):434-47. Review

Carl F. Weems G. Brandon, J. Scott, D. Russel, L. Allan, L. reiss, V. G. Carrion. Developmental variation in amygdala volumes among children with posttraumatic stress. *Dev. Neuropsychol.* 2013;38(7):481-95.