



Consiglio Nazionale Ordine Psicologi

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

*Redatto dalla TASK FORCE sui LEA
istituita presso il CNOP – giugno 2017*



Sommario

Componenti Task Force LEA.....	3
Premessa	4
1. I LEA e la loro articolazione	5
Aggiornamento e monitoraggio dei Lea	6
2. I LEA nel contesto del sistema e delle aziende sanitarie.....	8
Definizioni terminologiche	9
L'ambito psicologico.....	10
3. Evidenze di efficacia ed evidenze economiche.....	11
4. Gli interventi psicologici nei LEA	13
5. I LEA psicologici e le altre normative	17
6. I LEA psicologici e lo scenario attuale	20
7. Modelli organizzativi per l'attuazione degli interventi psicologici	23
8. Modelli operativi per l'attuazione degli interventi psicologici.....	25
I PDTA.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
9. Monitoraggio dell'erogazione dei LEA e misure di esito.....	29
Indicatori e misure di esito nell'ambito Psicologico nel SSN.....	30
10. Le implicazioni più vaste per l'attuazione dei LEA	32
11. Raccomandazioni conclusive.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
12. Bibliografia di riferimento.....	34



Componenti Task Force LEA

DAVID LAZZARI (coordinatore)

Esecutivo CNOP, Dir. UOC Psicologia -Azienda Ospedaliera "S.Maria" Terni

ELENA BRAVI

Direttore UOC Psicologia Clinica - APSS Trento

ROBERTO CAFISO

Coordinatore DSM-ASP Siracusa

DANIEL RUDOLPH DE WET

Settore promozione, tutela della salute mentale Regione Toscana – Consorzio METIS

GIOVANNA FERRANDES

Direttore UOC Psicologia Clinica e Psicoterapia – Ospedale Policlinico San Martino - Sistema Sanitario Regione Liguria - IRCCS per l'Oncologia

ROLAND KEIM

Direttore Servizio Psicologico – Azienda Sanitaria Prov. Bolzano

DANIELA REBECCHI

Direttore Settore Psicologia Clinica AUSL Modena

MARINA ALFONSINA RINALDI

Dirigente UOD Integrazione Socio-sanitaria – Reg. Campania



Premessa

Il presente documento raccoglie indicazioni e proposte volte a rendere concretamente operativa la erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in campo psicologico.

Appare infatti non solo auspicabile, ma necessario che quanto contemplato nei Nuovi LEA si traduca in diritti esigibili dai cittadini in relazione ai loro bisogni di salute.

E' compito di una Comunità Professionale farsi parte attiva affinché questo avvenga e si realizzi secondo i migliori criteri di equità ed appropriatezza clinica ed organizzativa.

La Task Force è stata decisa nel Consiglio Nazionale del 27 gennaio 2017, si è insediata il 27 febbraio ed ha terminato i lavori di stesura del presente documento nel mese di maggio 2017.



1. I LEA e la loro articolazione

I LEA (Livelli essenziali di assistenza) sono le attività, servizi e prestazioni sanitarie che il Sistema sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge n. 833 del 23.12.1978 e dal Dgls n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni e integrazioni. I LEA sono, quindi, le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

- Sono livelli "essenziali" di assistenza sanitaria, non livelli "minimi"; sono, cioè, quegli ambiti di attività che una società, in relazione al livello sociale e culturale in cui si trova, considera così importanti da non poter essere negati alla popolazione; pertanto non possono essere fissati "per sempre", ma vanno modificati in relazione alle nuove esigenze della società, e alla stessa evoluzione scientifica e tecnologica.
- Sono livelli "uniformi" di assistenza sanitaria, ossia da fornire a tutti i cittadini senza differenze di reddito, posizioni geografiche (dalle città metropolitane fino alle isole minori), religione, etnia, sesso o altro.
- Le prestazioni sanitarie comprese nei LEA devono essere uguali in ogni regione e in ogni azienda sanitaria, indipendentemente dalle scelte sull'organizzazione dei servizi operate dalle diverse regioni.

Il 18 marzo 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15) il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza. Il nuovo Decreto sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, con cui i LEA erano stati definiti per la prima volta. Il provvedimento, che rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni, Province autonome e Società scientifiche, è stato predisposto in attuazione della Legge di stabilità 2016.

Il DPCM 12 gennaio 2017 e gli allegati che ne sono parte integrante:

1. definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche, messe a disposizione del SSN;
2. descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei livelli essenziali di assistenza;
3. ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket;
4. innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete.

Il DPCM individua tre grandi Livelli di assistenza (già identificati nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000):

1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli, in particolare: I primo livello, "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" riguarda le attività di prevenzione, nella sua accezione più ampia, che comprende non solo le attività che servono per evitare l'insorgere di malattie, ma anche quelle mirate a migliorare la condizione di salute della popolazione, ad esempio:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;



- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

2. Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati: Il secondo livello, "Assistenza distrettuale", raggruppa tutte le prestazioni sanitarie che si erogano fuori dall'ospedale, quindi sul territorio: prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali (centri diurni, ossia attività sanitarie erogate nell'arco della giornata, senza pernottamento) residenziali (ad esempio le comunità terapeutiche o le RSA, ossia nei centri con pernottamento).

Include:

- assistenza sanitaria di base;
- emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza termale;
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

3. Assistenza ospedaliera, cioè le attività erogate dagli ospedali, siano esse di ricovero ordinario, sia in day hospital, sia in ospedalizzazione domiciliare, che includono le seguenti attività:

- pronto soccorso;
- ricovero ordinario per acuti;
- day surgery;
- day hospital;
- riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- attività trasfusionali;
- attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- centri antiveleni (CAV).

Nel testo del DPCM il Capo IV è dedicato specificatamente all'Assistenza sociosanitaria, il Capo VI è dedicato all'Assistenza specifica a particolari categorie.

Le Regioni, come hanno fatto fino ad oggi, potranno garantire servizi e prestazioni *ulteriori* rispetto a quelle incluse nei LEA, utilizzando risorse proprie.

Aggiornamento e monitoraggio dei Lea

Per garantire l'aggiornamento continuo, sistematico, su regole chiare e criteri scientificamente validi dei Livelli essenziali di assistenza, è stata istituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, costituita con decreto ministeriale 16 giugno 2016 e parzialmente modificata con decreto ministeriale 17 ottobre 2016 e 10 febbraio 2017.



Inoltre, con decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005 è stato istituito, presso il Ministero, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.



2. I LEA nel contesto del sistema e delle aziende sanitarie

I principi ispiratori del SSN, costituito con la legge n. 833 del 1978, sono, innanzitutto, la tutela della salute (salute intesa come diritto dell'individuo e interesse della collettività); l'universalismo e "libero" accesso ai servizi e il primato della gestione pubblica diretta.

La cosiddetta "seconda" riforma del SSN (Dgls. 229/99), a nome Bindi, ha introdotto altri principi, ancora oggi molto importanti: la regionalizzazione del sistema sanitario, il diverso sistema di finanziamento, l'Aziendalizzazione e una nuova struttura organizzativa delle aziende e introduzione di relativi meccanismi operativi.

E' in questo contesto che lo Stato Italiano definisce i livelli minimi ("uniformi", LUA, prima, ed "essenziali", LEA, poi) dei servizi che devono essere garantiti ai cittadini su tutto il territorio nazionale, garantendo, al contempo, che i finanziamenti a disposizione delle Regioni siano sufficienti a garantire i LEA.

La "Riforma ter" (229/99), per quanto riguarda i LEA, ha ripreso i contenuti del PSN 1998-2000, e ha sancito alcuni importanti principi:

- Prestazioni basate su prove scientifiche di efficacia: "sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate".
- La riforma ha definito tre criteri: necessità assistenziali, efficacia e appropriatezza, economicità per selezionare le prestazioni da escludere dai LEA.

Sono, pertanto, escluse dai LEA:

- le prestazioni che non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale (ad esempio le prestazioni di chirurgia estetica);
- le prestazioni non efficaci e non appropriate, cioè quelle per cui non ci sono "evidenze scientifiche" di efficacia o che non sono appropriate per curare la patologia specifica;
- le prestazioni più costose a parità di efficacia clinica (principio di economicità; corretto rapporto costo-efficacia).

Le Regioni sono, di conseguenza, obbligate a fornire i LEA (la cui definizione rimane però compito dello Stato), inoltre possono anche andare oltre il livello dei LEA nazionali, con risorse aggiuntive proprie e garantire così dei livelli aggiuntivi di assistenza.

Mandato delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO) è infatti quello di erogare i LEA, emanati dal Ministero della Salute, ai suoi cittadini.

Le ASL, enti dotati di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, provvedono a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, ad organizzare l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale e ad erogarla attraverso strutture pubbliche o private accreditate.

Le AO, Ospedali di rilievo regionale o interregionale costituiti in Aziende, in considerazione delle loro particolari caratteristiche, erogano prestazioni ospedaliere (e quindi attività di pronto soccorso, di ricovero ordinario, di day hospital, di day surgery, di riabilitazione, di lungodegenza ecc.).

Rispetto all'assistenza ospedaliera, accanto ai presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL e alle AO si aggiungono:



- le strutture di ricovero equiparate alle pubbliche, quali Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e di diritto privato (IRCCS), Policlinici a gestione diretta delle Università, Ospedali classificati;
- le strutture di ricovero private accreditate, denominate Case di cura private accreditate con il SSN.

Definizioni terminologiche

Per poter tracciare, in maniera chiara e condivisa, un percorso concettuale ed operativo facciamo riferimento a quanto prodotto dalla Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza riguardo al significato da attribuire a taluni termini relativi alla materia in argomento.

- Il concetto di Livello si riferisce alle Macro Aree del sistema sanitario rappresentate dall'attività preventiva, dall'assistenza territoriale e dall'assistenza ospedaliera. Conseguentemente, i Sottolivelli sono le sotto specificazioni dei Livelli che individuano specifici settori di attività.
- Il Percorso Assistenziale: le varie definizioni di percorso rimandano tutte ad uno specifico contenuto clinico, ma hanno anche un contenuto organizzativo che è tendenzialmente crescente. Si può, infatti, schematicamente notare che si passa dalla prospettiva di singolo episodio o stadio di malattia anche all'interno di una singola disciplina (percorso diagnostico-terapeutico), all'integrazione di più discipline (percorsi integrati), alla gestione di una specifica patologia (profili assistenziali). Bisogna rilevare che le varie definizioni si rifanno a un concetto unitario di standardizzazione (basata su prove di efficacia) e integrazione multidisciplinare dei processi assistenziali funzionali al raggiungimento di risultati di salute espliciti. Oltre al contenuto di cura e assistenza, i percorsi assumono anche un significato di contenimento dei costi; tale effetto deriva senza dubbio dalla diminuzione delle pratiche inutili o dannose e dall'uso più efficiente delle risorse, in vari ambiti del processo di cura e assistenza.
- Le Funzioni sono i compiti assegnati ai professionisti psicologi nell'ambito delle attività organizzate per specifiche finalità all'interno di unità organizzative semplici o complesse.
- Le Attività sono l'insieme delle azioni con caratteristiche operative comuni e affidate ad un specifico team di lavoro che le realizza.
- La Prestazione è l'unità di prodotto ed è destinata a raggiungere un obiettivo non ulteriormente scindibile. Le prestazioni sono l'insieme delle attività normalmente comprese tra le funzioni preventive, diagnostiche, curative e riabilitative svolte dagli esercenti le professioni sanitarie (in questo caso gli psicologi) negli ambiti di lavoro loro assegnati.

Per arrivare all'individuazione delle prestazioni nei livelli essenziali, dovrebbe essere quindi necessario:



- a. Identificare all'interno dei livelli la gamma delle attività che debbono essere organizzate per rispondere a ben definite finalità (Funzioni, Percorsi assistenziali, Processi di lavoro).
- b. Individuare nell'ambito di tali attività e processi di lavoro le singole prestazioni erogabili e il relativo standard.

L'ambito psicologico

Tale processo è attualmente possibile, in modo puntuale e circoscritto solo in determinati ambiti, come nel caso delle prestazioni di assistenza psicologica all'interno di funzioni regolate da protocolli, accordi o documenti specificamente riferiti; in altre circostanze, invece, la variabilità determinata dall'adozione di specifici criteri ed adeguate metodologie, amplia notevolmente il concetto di prestazione erogabile. La definizione di "standard" di cura richiederebbe di monitorare la pratica, che potrebbe rivelare gli scarti esistenti tra la qualità reale delle prestazioni e quella attesa. Gli standard dovrebbero essere condivisi e basati sulle migliori evidenze scientifiche, in combinazione con le buone pratiche ed esperienze cliniche. Definire uno "standard" di intervento psicologico, ancorché molto complesso, dovrebbe comunque rappresentare un punto di arrivo e non un punto di partenza.

Nel documento di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, l'assistenza psicologica trova inserimento a più livelli (soprattutto quello territoriale, essendo il livello che viene maggiormente dettagliato e specificato) e trasversalmente ad essi (assistenza distrettuale, assistenza socio-sanitaria, cure palliative domiciliari, assistenza socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie; ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico; alle persone con disturbi mentali; alle persone con disabilità; alle persone con dipendenze patologiche; assistenza residenziale extra-ospedaliera ad elevato impegno sanitario; assistenza socio-sanitaria residenziale a: le persone nella fase terminale della vita, i minori con patologie in ambito neuropsichiatrico, le persone con disturbi mentali, le persone con dipendenze patologiche; inoltre assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità, infine gli ambiti della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro e la prevenzione delle malattie croniche e la promozione di stili di vita sani).



3. Evidenze di efficacia ed evidenze economiche

E' stato evidenziato come, per essere inclusi nei LEA, gli interventi devono essere di efficacia dimostrata. Si è comunque ritenuto importante sottolineare alcuni dati in tal senso, in particolare per sottolineare il "value" di queste attività, ovvero il rapporto tra esiti e costi.

La letteratura infatti, al di là di un pensiero diffuso che vede la Psicologia in termini di "costi", dimostra un elevato "value" per gli interventi psicologici, che sono in grado di generare effetti sulla salute nel breve, medio e lungo periodo con costi che risultano vantaggiosi in termini di risparmi e minori oneri sanitari e sociali che producono.

Si tratta quindi di interventi in grado di superare il criterio di sostenibilità e di generalizzabilità.

L'efficacia degli interventi psicologici e psicoterapici è oggetto di moltissimi studi, che ne dimostrano l'effetto clinico ma anche fisiologico, ovvero le modifiche sui circuiti e strutture cerebrali così come sul funzionamento corporeo (per un approfondimento, vedi APA 2012). La ricognizione effettuata dall'APA include 148 ricerche (trial randomizzati controllati) e dimostra effetti significativi e duraturi per un'ampia gamma di patologie, in genere equiparabili o superiori a quelli dei farmaci.

L'Effect Size delle psicoterapie per un'ampia gamma di disturbi, come risulta dalla letteratura, ha una prevalenza intorno allo 0.8 (effetto significativamente ampio) (Shedler 2010, Hunsley et al. 2013). E' significativo confrontare questi livelli di efficacia con quelli mostrati dagli antidepressivi: la meta-analisi di Moncrieff et al. (2004) ci mostra che quando si il trattamento farmacologico viene confrontato con un placebo "attivo" la differenza tra farmaco e placebo praticamente si azzerava (0.17). Anche il lavoro di Turner et al. (2008) su ben 74 ricerche e considerando tutti i tipi di antidepressivi mostra un effetto generale molto modesto (0.31). È questo anche l'effect size che risulta da tutti i trials per la somministrazione di antidepressivi sottoposti al FDA (Gilbertini et al. 2012). Soprattutto a lungo termine negli follow up dopo la fine del trattamento e considerando gli effetti indesiderati, la forbice dell'effect size della psicoterapia a confronto della farmacoterapia si accentua ancora. Un quadro simile risulta anche per il confronto tra psicoterapia e psicofarmacoterapia per altre malattie (vedi un breve riassunto da Margraf e Schneider 2016).

Accanto agli studi di efficacia si è cominciato da alcuni anni ad effettuare anche valutazioni di impatto economico. Tali valutazioni possono riguardare il rapporto tra costi e benefici a breve termine o a lungo termine, tenendo conto di relazione più dirette (ad es. costo dell'intervento e risparmi sanitari: cost-benefit) o più ampie (ad es. vantaggi in termini di qualità della vita, disabilità, mortalità: cost-effectiveness).

Nella quasi totalità dei casi risulta vera l'affermazione che gli interventi psicologici non costano nulla al sistema, perché si ripagano da soli con le minori spese che innescano e spesso fanno anche risparmiare. Gli indicatori considerati sono il "Numero di persone da trattare" (NND) e il QALYs (Quality Adjusted Life Year): il primo si riferisce al numero di persone da trattare con un certo trattamento per avere un successo, il secondo si riferisce al livello costi-efficacia come misurato dal costo per Qaly. Quest'ultimo è composto da due fattori: la severità della condizione di salute e il costo per ogni caso trattato: il costo per ogni anno con migliore qualità di vita (Qaly) rappresenta così la misura del costo-efficacia del trattamento, più è bassa la cifra e più il trattamento sarà vantaggioso. In genere un trattamento è considerato vantaggioso se ha un Qaly inferiore a 35.000 euro. I trattamenti psicoterapici mostrano una performance economica piuttosto significativa, sia in assoluto, sia se paragonati a molti trattamenti di uso frequente per patologie somatiche.



Tali dati, insieme all' introduzione della pratica basata sulle evidenze, definita nel documento della task force presidenziale dell'APA Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP) come "la integrazione della miglior ricerca disponibile con la competenza dei clinici nel contesto delle caratteristiche del paziente, della sua cultura e delle sue preferenze", (APA, 2006) hanno posto la questione della necessità della programmazione e della verifica di tutti gli interventi psicologici attuati nei diversi contesti sanitari .

I Lea Psicologici rappresentano nell'attuale scenario sociale un caposaldo di salute in grado di prevenire patologie psichiche e anche fisiche in considerazione dell'elevato numero di stressor oggi in grado di attivare condizioni di esaurimento con innesto di malattie. Ad ogni cittadino è garantito il diritto di prevenire noxae a seguito di disagi prolungati che diventeranno cronici qualora non trattati, dando luogo a manifestazioni morbose. Nell'attuale quadro epidemiologico noto è oramai un'evidenza il nesso causale tra condizioni difficoltose di vita ed emergenze di salute.

Esistono numerosi studi longitudinali che hanno evidenziato il rapporto tra disagio psicologico significativo e protratto (distress psicologico) ed insorgenza di disturbi psichici e patologie fisiche, o sul decorso e costi della patologia, così come sulla positiva incidenza di interventi psicologici – anche brevi – su questi stessi aspetti.

Poiché la dimensione psichica è uno snodo fondamentale nell'orientare gli atteggiamenti, i comportamenti, le relazioni e gli equilibri adattativi (ciò che le persone pensano, sentono e fanno) essa è in grado di incidere fortemente nella prevenzione, nella promozione della salute e nella cura e gestione delle malattie.

A fronte di investimenti limitati (non servono apparati tecnologici) si producono effetti sistemici significativi a livello individuale, familiare, di gruppo, di organizzazione e comunità.

Va inoltre sottolineato lo sforzo di mettere a punto e testare interventi efficienti, sostenibili e generalizzabili, in grado cioè di essere erogati in contesti ampi e significativi di popolazione.

Già oggi in tutta l'Europa il peso del disagio psicologico negli ambulatori dei medici di base, nel pronto soccorso e nei vari reparti è alto e questo porta a un notevole aumento della spesa sanitaria pubblica. I risultati del progetto PISA della OECD (2017) mettono in evidenza per l'Italia il relativamente alto tasso di disagio psicologico (p.e. aspetti di ansia, soddisfazione della vita) in confronto alla media OECD. La necessità di affrontare il disagio psicologico viene sottolineata anche dal fatto, che in vari paesi Europei sia il prepensionamento che le assenze per malattie sono spesso motivate da vari problemi psichici (vedi I dati del Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2016, Knieps et al. 2016).

Da una analisi condotta dal Centre for Mental Health emerge che un intervento precoce in età evolutiva in diverse situazioni di disagio psicologico permette un enorme beneficio economico (Investing in Children's Mental Health Report, 2014, Khan et al. 2015, vedi anche l'impatto sulla salute fisica nel Carolina Abecedarian Project, Campbell et al. 2014). Alla stessa conclusione è giunto un report di economisti della London School of Economics, del Centre for the Economics of Mental Health e del Centre for Mental Health in un report del 2014 (Knapp et al., 2014) per adulti in varie situazioni di disagio psicologico.

Va da ultimo sottolineato, rimanendo in campo economico, il costo del mancato intervento psicologico (inappropriatezza da sottoutilizzo), che appare nei dati disponibili e nella pratica largamente diffuso.



4. Gli interventi psicologici nei LEA

Il SSN, fin dalla sua istituzione, è stato orientato alla tutela e alla promozione della salute, piuttosto che esclusivamente alla diagnosi e alla cura: lo spostamento dell'asse dalla malattia alla salute e al "soggetto persona", ha determinato la necessità di un'attenzione costante e fondante anche alle componenti di ordine psicologico - sociali, relazionali e comportamentali - che influenzano lo stato di salute, così come la malattia e la molteplicità delle dimensioni correlate ai percorsi di cura. E' oggi necessario, alla luce dei mutamenti della stessa società, dei contesti culturali ed economici, della globalizzazione anche dei sistemi comunicativi e informativi, orientarsi in sanità verso programmi di promozione del benessere psichico e relazionale della comunità, ribaltando l'ottica di perseguire esclusivamente un modello centrato sulla malattia.

La Psicologia è disciplina fortemente implicata nei processi di promozione della salute e dei sistemi di assistenza e la dimensione psicologica permea trasversalmente l'intera attività sanitaria.

La Psicologia opera attraverso l'individuazione di fattori di rischio e protettivi e partecipando alla formulazione di piani di trattamento atti a promuovere lo sviluppo e l'equilibrio della persona. A tal fine, nei diversi ambiti di intervento, si occupa di garantire che le risposte cliniche del sistema di cura tengano conto del contesto familiare, relazionale e sociale, promuovendo la presa in carico globale.

Nel formulare risposte alla domanda di salute occorre realizzare luoghi e contesti di cura basati sull'interconnessione tra la dimensione verticale, costituita dai diversi livelli di intensità di cura, e la dimensione orizzontale, costituita dalla multidisciplinarietà. In quest'ottica vanno letti i Lea Psicologici, nel decreto presenti in numerose aree tematiche e d'intervento e che, se correttamente applicati, contribuiscono in modo significativo alla realizzazione di percorsi di cura appropriati e rispondenti alle raccomandazioni internazionali e nazionali.

Rilevante è lo sguardo agli Allegati ai LEA (vedi in particolare Allegato 8 sulle Malattie Croniche) in cui il documento riprende diversi ambiti facendo riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogabili, per quanto riguarda l'area della specialistica. E' auspicabile che nel prossimo futuro, in sede di applicazione del decreto e soprattutto nei previsti lavori di revisione, si possano integrare i livelli di attività e prevedere in modo più esaustivo le prestazioni di assistenza psicologica, in raccordo con le Linee Guida, sia nell'ambito della Specialistica Ambulatoriale sia in ambito territoriale ed ospedaliero.

Il DPCM 12 gennaio 2017 contiene una serie di riferimenti alle prestazioni di tipo psicologico e psicoterapico. Si è ritenuto opportuno riportarle in una tabella di sintesi con riferimento agli articoli e commi del Decreto.

Le citazioni non sono esaustive delle attività di competenza psicologica ma si riferiscono ai riferimenti espliciti o più diretti alle prestazioni psicologiche.



TITOLO ARTICOLO	n. articolo e comma	TESTO DECRETO
	4 a	"adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute"
	4 c	"counselling per la gestione della malattia"
	4 e	"controllo dello sviluppo psichico, individuazione precoce dei sospetti handicap psichici ed individuazione precoce di problematiche anche sociosanitarie"
	4 g	"prestazioni specialistiche incluse nel Nomenclatore"
Cure palliative domiciliari	23	"prestazioni professionali di tipo psicologico"
Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie	24	"Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche necessarie ed appropriate "
"	24 e	"assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico"
"	24 h	"supporto psicologico per l'interruzione volontaria della gravidanza"
"	24 i	"supporto psicologico per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita"
"	24 j	"supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa"
"	24 k	"consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia"
"	24 l	"assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche"
"	24 m	"supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi"
"	24 n	"psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);"
"	24 o	"supporto psicologico a nuclei familiari in condizioni di disagio"
"	24 p	"valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione, anche nella fase successiva all'inserimento del minore nel nucleo familiare"
Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico	25	"Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche"
"	25	"valutazione diagnostica multidisciplinare;"
"	25 g	"colloqui psicologico-clinici"
"	25 h	"psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)"
"	25 j	"abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni cognitive e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida"
"	25 k	"interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana"
"	25 l	"attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore"
"	25 m	"gruppi di sostegno per i familiari"
Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali	26	"Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, , la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato,



		differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche necessarie e appropriate”
“	26 c	“valutazione diagnostica multidisciplinare”
“	26 d	“definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell’équipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia;”
“	26 g	“colloqui psicologico-clinici”
“	26 h	“psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);”
“	26 p	“interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia”
Assistenza socio-sanitaria alle persone con disabilità	27	“Nell’ambito dell’assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilità complesse, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche necessarie e appropriate”
“	27 a	“valutazione diagnostica multidisciplinare;”
“	27 d	“colloqui psicologico-clinici;”
“	27 e	“psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);”
“	27 h	“interventi psico-educativi, e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana”
Assistenza socio-sanitaria alle persone con dipendenze patologiche	28	“Nell’ambito dell’assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d’azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche necessarie e appropriate”
“	28 b	“valutazione diagnostica multidisciplinare”
“	28 i	“colloqui psicologico-clinici;”
“	28 j	“colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia”
“	28 l	“psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo”
“	28 m	“interventi psico-educativi finalizzati al recupero dell’autonomia personale, sociale e lavorativa”
“	28 n	“promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica”
“	28 o	“promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica”
Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario	29 - 1	“Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico”
Assistenza socio-sanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita	31	“Il Servizio sanitario nazionale, nell’ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni psicologiche”
“	31	“Gli Hospice dispongono di programmi formalizzati per l’informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l’accompagnamento alla morte e l’assistenza al lutto ed il sostegno psico-emotivo all’équipe.”
Assistenza socio-sanitaria	32 e	“colloqui psicologico-clinici”



semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico		
"	32 f	"psicoterapia (individuale, familiare, di gruppo);"
"		"interventi psicoeducativi (individuali e di gruppo);"
"	32 h	"abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) finalizzate allo sviluppo dell'autonomia personale e sociale in relazione alla compromissione delle funzioni cognitive e psichiche, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida"
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali	33 e	"colloqui psicologico-clinici"
"	33 f	"psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);"
"	33 g	"interventi psico-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa"
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche	35 d	"colloqui psicologico-clinici;"
"	35 e	"psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo);"
"	35 f	"interventi psico-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;"
Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità.	59	"Qualora emerga il sospetto di un disagio psicologico, è escluso dalla partecipazione al costo un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche."
Persone con disturbi dello spettro autistico	60	"prestazioni di diagnosi, cura e trattamento individualizzato mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche"
Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	All.B	Tutela della salute e sicurezza negli ambienti aperti e confinati
"	All. C	Tutela salute e sicurezza luoghi di lavoro
"	All. F	Prevenzione malattie croniche, promozione stili di vita sani



5. I LEA psicologici e le altre normative

Gli interventi psicologici dispongono oramai di numerose dimostrazioni di efficacia e di efficienza e risultano inseriti in un crescente numero di Leggi, Linee Guida, Raccomandazioni, Buone Prassi, PDTA, PIC, nazionali, ma anche (e a volte soprattutto) Internazionali (europei, statunitensi, mondiali), che abbiamo volutamente ommesso, scegliendo di citare solo i riferimenti nazionali.

In particolare è rilevante lo sguardo alle Norme che regolamentano il SSN e che evidenziano la necessità di difesa, preservazione, equità e universalità del diritto alla salute. L'assistenza psicologica – come più volte rimarcato nel presente documento – deve inserirsi in quest'ottica globale di riferimento.

Citiamo in particolare:

- PIANO NAZIONALE CRONICITA' 2017
- LEGGEN.24 /2017 "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE DELLA PERSONA ASSISTITA, NONCHÉ IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE"
- DOCUMENTO DEL COMITATO NAZIONALE BIOETICA "IN DIFESA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE " (gennaio 2017)
- DECRETO 28 DICEMBRE 2016 SULLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
- PIANO NAZIONALE DEMENZE2016 (e i conseguenti PRD delle regioni)
- I DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA IN ITALIA (9° Rapporto di Aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2016)
- PIANO NAZIONALE DI INTERVENTI CONTRO HIV e AIDS (PNAIDS) -(Allegato al parere del Consiglio Superiore di Sanità del 7 dicembre 2016)
- PIANO D'AZIONE EUROPEO PER LA SALUTE MENTALE (2013-2020)
- PIANO D'AZIONE NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE (2013-2015)
- PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (2014-2018)
- LEGGE SULL'AUTISMO N.134/2015
- PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE 2016
- MODALITÀ ORGANIZZATIVE ED ASSISTENZIALI DELLA RETE DEI CENTRI DI SENOLOGIA (MAGGIO 2014)
- DLGS. 81/2009 "PREVENZIONE RISCHI PSICOSOCIALI SUL LAVORO"
- LEGGE N. 476/98 SU "ADOZIONI NAZIONALI E INTERNAZIONALI"
- LEGGE N. 38/2010 "TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE"
- LEGGE N. 104/92 ASSISTENZA, "INTEGRAZIONE SOCIALE E DIRITTI DELLE PERSONE HANDICAPPATE"
- LEGGE N.685/75 E DPR 309/90, LEGGE 162/90, LEGGE 49/2006 "TOSSICODIPENDENZA"
- LEGGE N.170/2010 "DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)"
- LEGGE ISTITUTIVA DEI CONSULTORI (MATERNITÀ, IVG, LEGGE 194,ETC), N. 405/75
- LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91 "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI EDI TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI", GAZZETTA UFFICIALE N. 87 DEL 15 APRILE 1999.
- "Linee di Indirizzo per l'Assistenza Psicologica erogata dalle Strutture Complesse di Psicologia, territoriali ed ospedaliere, all'interno del Sistema



Sanitario Nazionale" (revisione del 2010 SIPSOT -Società Italiana Psicologia dei Servizi Ospedalieri e Territoriali

Variegato e complesso è lo scenario delle Linee Guida, Raccomandazioni, Progetti Nazionali (Umanizzazione delle cure, Lotta al dolore inutile, contrasto violenza donne e bambini, diritti dei fanciulli, etc.):costituiscono il riferimento all'efficacia e all'efficienza dei servizi erogati, come strumenti del governo clinico edell'organizzazione del SSN e la loro lettura rimanda anche alla necessità di coniugare, nei criteri dell'appropriatezza, il rigore scientifico con la flessibilità della personalizzazione della cura. Laddove infatti nei diversi documenti ci si riferisce ad approcci integrati, viene rimarcato l'aspetto psicologico (e le connesse attività) all'interno dell'approccio globale alla persona e ai bisogni di salute. Ne riportiamo alcuni esempi:

- LINEE-GUIDA CARDIOLOGIA E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA (SIC, GIRC, ANMCO, FIMMG, 2006)
- LINEE GUIDA PER IL TRAPIANTO RENALE DA DONATORE VIVENTE E DA CADAVERE, CENTRA NAZIONALE TRAPIANTI, ISS, GAZZETTA UFFICIALE N.144 DEL 21 GIUGNO 2002.
- LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE E L'ASSISTENZA PSICOLOGICA IN AREA DONAZIONE-TRAPIANTO" (REGIONE VENETO DGR 851 31.03.2009)
- LINEE-GUIDA DEPRESSIONE POST-PARTUM (OSSERVATORIO NAZIONALE SALUTE DONNA BAMBINO, ONDA)
- LINEE-GUIDA UNITÀ SPINALI, 2002
- LINEE GUIDA CHIRURGIA BARIATRICA (SICOB, 2008)
- LINEE-GUIDA PER L'ASCOLTO DEL MINORE, CONSENSUS CONFERENCE, 2000
- LINEE GUIDA PER L'ASCOLTO DEL MINORE TESTIMONE, ROMA 2010 (SIC, SIMLA, SINPIA, SIP, SIPG)
- LINEE GUIDA PER L'ASCOLTO DEI MINORENNI IN AMBITO GIUDIZIARIO, UNICEF, 2012
- LINEE GUIDA SULLA SALUTE MENTALE E IL SUPPORTO PSICOSOCIALE NEI CONTESTI DI EMERGENZA, IASC, 2007
- LINEE GUIDA PER LA SALUTE MENTALE DELLA DONNA IN GRAVIDANZA E NEL POST PARTUM, (EVIDENCE, 2015)
- LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI, 2015
- LINEE-GUIDA SUL DOLORE NEL BAMBINO, (MINISTERO SALUTE, 2010)
- LINEE-GUIDA SULLA CURA DEL DIABETE NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI (ISPAD, 2014)
- LINEE-GUIDA PER L'ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA, DIPARTIMENTO PREVENZIONE, COMMISSIONE ONCOLOGICA NAZIONALE, MINISTERO DELLA SALUTE, GU 7.10.1999
- LINEE GUIDA PER LA CONSULENZA NELL'INFERTILITÀ (ORDINE NAZIONALE PSICOLOGI, 2004)
- LINEE GUIDA PER L'ASSITENZA ALLE PERSONE CON SINDROME DA EMIPLEGIA ALTERNANTE E AI LORO FAMILIARI, CNMR, ISS 20111
- LINEE GUIDA PER TEST GENETICI, ISS (COMITATO NAZIONALE PER LA BIOSICUREZZA E LE BIOTECNOLOGIE), 1998
- LINEE GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI GENETICA MEDICA (ACCORDO 15 LUGLIO 2014 – CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO)



- LINEE GUIDA PER COMUNICARE E GESTIRE GLI EVENTI AVVERSI IN SANITÀ,(MINISTERO DELLA SALUTE, GIUGNO 2011)
- LINEE GUIDA SUL TRATTAMENTO DELL'HIV/AIDS (MINISTERO DELLA SALUTE, 2016)
- "DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI CURA NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE, PER I DISTURBI SCHIZOFRENICI, I DISTURBI DELL'UMORE E I DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ" , PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI 20.11.2014
- STANDARD, OPZIONI E RACCOMANDAZIONI PER UNA BUONA PRATICA PSICO-ONCOLOGICA (SIPO, 2011)
- RAPPORTO FAVO "6° RAPPORTO SULLA CONDIZIONE ASSISTENZIALE DEI MALATI ONCOLOGICI", 2014
- Linee di indirizzo gruppo GLI PSI TO (Gruppo di lavoro Italiano sugli Aspetti Psicologici e psichiatrici dei Trapianti d'Organo), ISS, CNT 2005
- LINEE DI INDIRIZZO IN TEMA DI ORGANIZZAZIONE DELL'AREA DI PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITÀ, REGIONE EMILIA ROMAGNA, 6.09.2013
- RACCOMANDAZIONI PER LE CURE DOLCI E IL TRATTAMENTO DEL DOLORE IN PEDIATRIA, ARES, REGIONE PUGLIA (SIP, SARNEPI; SIMEUP; SIAD; SIPSOT), 2005
- STRESS LAVORO-CORRELATO INDICAZIONI PER LA CORRETTA GESTIONE DEL RISCHIO E PER L'ATTIVITÀ DI VIGILANZA ALLA LUCE DELLA LETTERA CIRCOLARE DEL 18 NOVEMBRE 2010 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI (COORDINAMENTO TECNICO INTERREGIONALE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO, 2012)
- RACCOMANDAZIONI AGLI OPERATORI SULLA SICUREZZA DEI PAZIENTI (MINISTERO DELLA SALUTE, MARZO 2008, E SUCCESSIVE REVISIONI)
- RACCOMANDAZIONI SUI DSA (P.A.R.C.C., BOLOGNA, 1 FEBBRAIO 1011) E CONSENSUS CONFERENCE
- INDIRIZZI E RACCOMANDAZIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA PSICOLOGICA NELLE CURE PRIMARIE NELLA RETE SANITARIA TERRITORIALE, ARES, REGIONE PIEMONTE, 2013

Ogni Regione ed ogni Azienda Sanitaria, territoriale e/o Ospedaliera dispone poi di protocolli, linee di indirizzo, buone prassi e percorsi clinici integrati (PIC), in gran parte tarati sui modelli organizzativi prevalenti.

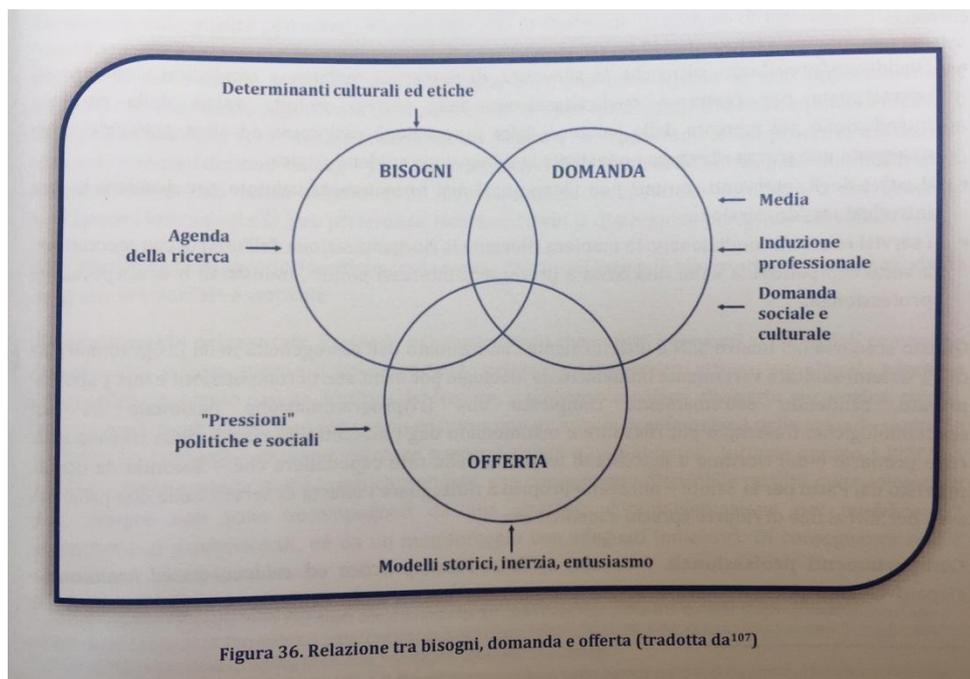
In tal senso possiamo certamente affermare- come vedremo più dettagliatamente in seguito- che diversi modelli organizzativi della Psicologia (sia in Ospedale, che sul territorio) danno origine a diverse modalità di erogazione delle prestazioni psicologiche, di raccolta/elaborazione dei dati, di governo clinico e di rendicontazione (output, outcome, formazione, evidenze, etc).



6. I LEA psicologici e lo scenario attuale

La declinazione dei LEA alla Psicologia nel SSN comporta la necessità di definire criteri adeguati per garantire anche in questo ambito la massima funzionalità e raggiungere l'obiettivo dell'uniformità e dell'omogeneizzazione delle prestazioni sul territorio nazionale. E' infatti ben nota la diseguale distribuzione delle strutture/servizi di psicologia a livello nazionale/regionale, così come la grande eterogeneità esistente tra gli erogatori professionali, sia in termini di modelli organizzativi che delle attività.

Uno dei problemi che assilla il Sistema Sanitario, come già sottolineato è quello dello spreco dovuto al sovra e sotto-utilizzo di servizi e prestazioni, che rappresentano inoltre due dimensioni dell'inappropriatezza.



In un servizio sanitario l'offerta dei servizi e prestazioni dovrebbe essere allineata con i bisogni di salute delle persone, che dovrebbero a loro volta coincidere con le domande dei cittadini. L'influsso di fattori (rendite di posizione, difficoltà di cambiamento, azione di soggetti del mercato) tende nella realtà a far divergere questi aspetti (vedi figura sopra, tratta da Cartabellotta 2017), comportando la necessità di una azione a vari livelli per il riequilibrio virtuoso (vedi figura sotto, tratta da Cartabellotta 2017)



	OFFERTA SERVIZI	COMPORAMENTI PROFESSIONALI
Criticità	<ul style="list-style-type: none">• Eccesso → sovra-utilizzo• Carenza → sotto-utilizzo	<ul style="list-style-type: none">• Gap tra ricerca e pratica clinica → sovra-utilizzo e sotto-utilizzo
Soluzione	<ul style="list-style-type: none">• Riallineare l'offerta ai reali bisogni di salute delle persone	<ul style="list-style-type: none">• Integrare le migliori evidenze nelle decisioni professionali
Strumenti	<ul style="list-style-type: none">• Riorganizzazione integrata di ospedale e cure primarie• Informazione e coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti	<ul style="list-style-type: none">• <i>Evidence-based Practice</i>• PDTA• <i>Implementation science</i>• Processo decisionale condiviso
Attori	<ul style="list-style-type: none">• Stato → indirizzo e verifica• Regioni → organizzazione• Aziende sanitarie	<ul style="list-style-type: none">• Aziende sanitarie• Professionisti

Tabella 14. Determinanti del sovra- e sotto-utilizzo

Questo problema, che costituisce un costo importante del Sistema, colpisce particolarmente i servizi e le prestazioni psicologiche, per una serie di motivazioni legate alla mancanza di una programmazione nazionale relativa a tale ambito, alla persistenza di visioni culturali e scientifiche obsolete, al fatto che si tratta di attività spesso innovative e comunque di più recente ingresso nel Sistema Sanitario rispetto ad altre.

La riflessione sull'organizzazione dell'Assistenza Psicologica si colloca in un ampio e complesso dibattito, attivo sia a livello delle Istituzioni che hanno il compito di attivare le strutture sanitarie, sia all'interno della professione psicologica, dibattito arricchitosi negli ultimi vent'anni attraverso alcuni fattori di riferimento:

- cambiamento degli scenari dei percorsi di cura, che richiamano con sempre più chiarezza all'attenzione alla qualità della cura, includendo l'aspetto psicologico e relazionale;
- crescita progressiva di domanda psicologica da parte di cittadini, istituzioni ed operatori sanitari e sociali, in conseguenza della crescita della cultura di attenzione alle forme di tutela e promozione della salute;
- attenzione nella definizione dei LEA alla partecipazione attiva del paziente nei percorsi di cura;
- specializzazione e articolazione della domanda sia per quanto riguarda i settori di intervento (dalla prevenzione alla formazione alla clinica) sia per quanto riguarda la tipologia delle prestazioni;
- cambiamento della risposta sanitaria con caratteristiche di integrazione (delle risorse e degli interventi);
- crescita della complessità del percorso formativo di base e specialistico per la professione degli psicologi;
- varietà della legislazione sanitaria soprattutto nelle sedi regionali.

Ne conseguono alcuni nodi problematici all'attenzione delle diverse Istituzioni, e dei diversi organismi, scientifici e politici, deputati alla formulazione delle risposte di salute:

- necessità di formulare linee d'indirizzo nazionali sull'assistenza psicologica;



- persistenza di quadri normativi estremamente differenti tra le regioni;
- sovrapposizioni tra servizi e professioni competenti;
- dispersione delle risorse e frammentazione delle risposte attraverso la presenza sporadica di psicologi (raramente strutturati e più frequentemente con forme di contratto precarie, su singoli progetti,) presso servizi/UU.OO.

Per raggiungere una maggiore uniformità ed appropriatezza organizzativa - e, conseguentemente, migliore equità nei confronti del cittadino-utente - occorre esplicitare dei modelli organizzativi della Psicologia nell'ambito delle Aziende Sanitarie regionali, e soprattutto indicare, in maniera omogenea sul territorio e uniforme a livello professionale, i livelli delle prestazioni psicologiche che devono essere garantite a tutti i cittadini. Questo traguardo corrisponde a un complesso e impegnativo processo culturale e di sperimentazione pragmatica sia sotto l'aspetto organizzativo che scientifico delle discipline psicologiche, tenendo come cornice metodologica di riferimento la psicologia basata sulle evidenze.

Appare in questo senso auspicabile la definizione di indicazioni attuative dei LEA mediante una intesa Stato-Regioni nel confronto dei momenti rappresentativi della Professione. Contestualmente vanno definiti a livello nazionale gli specifici indicatori uniformi nell'ambito del sistema informativo e di monitoraggio delle attività e prestazioni psicologiche. L'uso di indicatori centrati sull'esito degli interventi e non solo sull'erogazione risposte (numero totale delle prestazioni) consente di implementare modelli gestionali "sostenibili", cioè erogare i LEA con un corretto bilanciamento tra l'uso delle risorse e l'efficacia degli esiti.



7. Modelli organizzativi per l'attuazione degli interventi psicologici

La formulazione dei Nuovi LEA psicologici rimanda alla necessità di prevedere modelli organizzativi idonei alla loro applicazione nei diversi contesti, nelle diverse fasi dei percorsi diagnostico terapeutici riabilitativi, nella necessità, oggi imprescindibile, di interconnessioni ed integrazioni tra discipline e saperi.

In ambito psicologico è nota la grande eterogeneità esistente tra gli erogatori professionali, in termini di:

- A. Modelli organizzativi locali dei Servizi e delle attività della Psicologia;
- B. Variegata tipologia e numerosità delle prestazioni erogate;
- C. Criteri per disciplinare la fruibilità delle stesse in termini di quantità erogata per ciascuna tipologia di prestazione;

Per arrivare all'obiettivo di "armonizzazione" modelli, funzioni, attività e standard di prestazioni psicologiche sarebbe di fondamentale importanza implementare l'attivazione e l'organizzazione di Servizi autonomi di Psicologia nell'ambito delle Aziende Sanitarie e disciplinare in modo unitario le funzioni e i rapporti di interfaccia con gli altri Servizi.

Le Strutture di Psicologia possono infatti garantire, al contempo,

- *trasversalità organizzativa* (erogano prestazioni a tutte le parti aziendali integrandosi nei processi assistenziali di cura, garantiscono la continuità assistenziale partecipando ai percorsi assistenziali territorio/ospedale; allocano in maniera appropriata le risorse professionali in relazione ai bisogni dell'utenza e agli obiettivi aziendali)
- e *trasversalità clinica* (coniugano la clinica con la promozione della salute e la prevenzione del disagio a livello individuale, gruppale e organizzativo; declinano gli interventi psicologici all'interno dei LEA in una dimensione che opera sia sul versante della cura e su quello della costruzione della salute -promozione e prevenzione-; rivolgono gli interventi ai bisogni psicologici dell'intero arco del ciclo vitale dell'individuo garantendone la qualità e l'appropriatezza professionale).

Inoltre, si focalizzano sui processi di cura e la centralità dell'utente, integrando le risorse all'interno dei processi di lavoro (percorsi) e non nelle strutture organizzative che sono attraversate dai percorsi di cura, in cui vengono erogate le prestazioni, ponendo così al centro dell'attenzione programmatica il cittadino che li attraversa e non la struttura che eroga le prestazioni. Garantiscono il governo clinico, monitorando sul territorio e a livello professionale, le prestazioni psicologiche che devono essere garantite a tutti i cittadini attraverso l'uso di strumenti, quali: un sistema informativo, un'attenzione ai percorsi terapeutici e ai loro esiti di salute (valutazione di efficacia), la capacità di costruire modelli gestionali "sostenibili" cioè erogare i LEA con un corretto bilanciamento tra l'uso delle risorse (costi) ed efficacia (appropriatezza organizzativa)

Alla luce delle osservazioni e riflessioni su esposte, si conviene che l'assistenza psicologica possa essere correttamente garantita attraverso l'organizzazione di strutture con una loro autonomia e specializzazione, in contesti sia territoriali che ospedalieri. Le Strutture di Psicologia si collocano nell'asse risorse-risultati,



ottimizzando le risorse disponibili e indirizzandole verso obiettivi aziendali e risultati di salute in un'ottica di valutazione del rapporto costi/efficacia e costi/benefici.

Il modello di Unità Operativa permette di:

- lavorare nella trasversalità e nell'integrazione, necessarie soprattutto in casi di patologie complesse e aree critiche
- organizzare l'offerta all'utenza attraverso un Servizio con una sua identità culturale psicologica, fatta di obiettivi e metodi
- governare l'appropriatezza degli interventi
- mantenere alta la dimensione aziendale e d'insieme
- implementare attività sovradipartimentali in settori particolari d'intervento
- rafforzare la flessibilità nella progettualità
- realizzare la partecipazione a progetti in rete tra le strutture assistenziali esistenti sui territori regionali
- governare l'utilizzo delle risorse umane, evitando sovrapposizioni, dispersione, autoreferenzialità

Laddove esistono strutture di Psicologia, risulta possibile:

- a) identificare, all'interno delle funzioni svolte dalle Unità Operative di Psicologia la gamma delle prestazioni, delle attività psicologiche e dei processi assistenziali erogati;
- b) individuare, nell'ambito di tali funzioni, i processi assistenziali psicologici strutturati, cioè codificati a livello di accordi, documenti, protocolli o altre normative locali o nazionali, e i processi di assistenza psicologica non strettamente riconducibili a quanto prima definito;
- c) raggiungere obiettivi di omogeneizzazione degli standard assistenziali qualitativi e quantitativi all'interno delle funzioni individuate;
- d) determinare gli standard di erogazione e imputare correttamente l'attività prestazionale ai profili di cura previsti dai LEA.



8. Modelli operativi per l'attuazione degli interventi psicologici

Dato il fatto che: A) i disturbi psichici hanno una prevalenza notevole, B) l'esordio è molto più precoce di quello che solitamente ci si aspetta, C) hanno una tendenza alla cronicizzazione, D) comportano costi sociali e sanitari enormi, E) correlano in maniera clinicamente significativa con gravi malattie fisiche, bisogna intervenire in maniera decisiva il più tempestivamente possibile.

A tal proposito in Germania il Robert Koch Institut (Mack et al. 2014), ha rilevato in un campione di oltre 5 mila cittadini la prevalenza di vari disturbi psichici e li ha messi a confronto con la reale presa in carico dei rispettivi servizi, evidenziando così il divario che c'è tra esigenze della popolazione e l'offerta pubblica dei trattamenti per garantire un intervento mirato. Questo dato va visto come un indice di qualità di un sistema sanitario. La riduzione di questo divario oltre a portare una diminuzione del disagio psicologico comporta un abbassamento dei costi sanitari e sociali (Layard & Clark 2015) (McCrone et al. 2008). In altre parole è necessario intervenire il più possibile precocemente ambulatorialmente e a costi bassi per evitare interventi tardivi, più costosi e più invasivi.

In una Struttura organizzata di Psicologia, diventa possibile parametrare i percorsi assistenziali psicologici per livelli differenziati, in funzione:

- a) della natura del bisogno sotteso alla domanda di intervento;
- b) della complessità dell'intervento, indicatore definito in funzione della presenza di vari criteri quali, ad esempio, la numerosità delle figure professionali coinvolte nel piano assistenziale individuale;
- c) della durata degli interventi, del luogo principale di erogazione, dei bisogni socio-sanitari presenti e della loro valenza istituzionale in relazione ai protocolli e agli accordi di programma adottati;
- d) dell'intensità dell'intervento. In questo modo è possibile riorganizzare i percorsi psicologici attribuendoli ad alcuni profili generali di assistenza psicologica differenziati secondo i criteri elencati.

Tipologia di interventi

1. Il profilo monoprofessionale (di tipo prestazionale, occasionale o ciclico programmato) è comprensivo di tutti gli interventi che vengono erogati direttamente dallo psicologo nei vari contesti di lavoro, ma che non rientrano all'interno di percorsi assistenziali integrati con altre professioni/servizi. Questo profilo si riferisce a una prestazione professionalmente qualificata, in risposta a un bisogno di tipo psicologico (individuale, familiare, di coppia e/o di gruppo) che avviene attraverso una presa in carico del paziente, in un contesto in cui non è necessaria e/o richiesta una valutazione multidimensionale e/o l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. L'accesso alle cure psicologiche può essere diretto (autonomo) o su invio del sanitario responsabile del processo di cura del paziente (es. MMG o Specialista) ed è volto a soddisfare un bisogno specifico di intervento psicologico.

2. Il profilo integrato sanitario, comprende gli interventi psicologici che prevedono una collaborazione con altri professionisti/servizi all'interno di percorsi assistenziali integrati sia a livello territoriale che ospedaliero. Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali psicologici rivolti ai pazienti e/o alle loro famiglie previsti all'interno di un percorso assistenziale di tipo multiprofessionale. L'attivazione dell'intervento psicologico è richiesta dalla famiglia, dal case-manager del paziente e



può prevedere il coinvolgimento di più operatori sanitari e/o sociali nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso una valutazione multidimensionale (Assistente Sociale, MMG). Si rivolge a utenti che, presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi e/o cronici, hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati e lunghi che si articolano, di norma, in una durata annuale o superiore. Si tratta di interventi professionali rivolti a utenti che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità e multiproblematicità. A determinare la criticità e l'elevata complessità e intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia, al care-giver o alla struttura residenziale di riferimento.

3. Il profilo integrato sociosanitario, comprende gli interventi psicologici che rispondono a protocolli formali di collaborazione con altre istituzioni pubbliche a carattere non sanitario (es. Scuola e Tribunale per i Minori) o con finalità educative o socio-assistenziali. Tali interventi sono attivati mediante richieste che provengono da Enti pubblici e/o dal Privato Sociale ovvero dal singolo cittadino (es. Scuola, Tribunale, Servizio Sociale). La risposta psicologica avviene all'interno di percorsi valutativi o di presa in carico finalizzati al raggiungimento degli obiettivi previsti dai protocolli formali di collaborazione con le altre strutture all'uopo designate. Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di intervento di tipo multidisciplinare.

Risulta molto importante l'individuazione di criteri che permettano un processo di graduale definizione e "prioritarizzazione" delle prestazioni garantite dal SSN, attraverso l'adozione di criteri espliciti, basati su solide evidenze scientifiche di efficacia e di congruità nell'impiego delle risorse.

Le evidenze di ricerca mostrano che in un contesto sociale e sanitario a risorse limitate come quello attuale, il modello della matched/stepped care applicato alla presa in carico psicoterapeutica di pazienti con diverse forme di sofferenza, potrebbe essere più efficiente ed equo ("Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency" P. Bower & S. Gilbody- British Journal Psychiatry (2005). La matched/stepped care si propone di aumentare l'efficienza nell'erogazione delle psicoterapie nel SSN attraverso livelli di trattamento minimi ma "sufficientemente buoni"* e l'uso routinario della valutazione di esito degli interventi ("Good Enough Level" Barkham, Journal Consulting Clinical Psychology, 2006).

La Matched-Stepped Care utilizza la modalità dei Percorsi Diagnostico Terapeutici con il monitoraggio sistematico degli esiti. Gli assunti della "stepped care" sono: l'equivalenza degli esiti clinici; l'efficienza in termini di consumo di risorse e costi; l'accettabilità degli interventi da parte dei pazienti e dei terapeuti. Essa può essere descritta "visivamente" come una struttura piramidale con alla base gli interventi a bassa intensità, ma ad alta frequenza, erogati a pazienti con minore complessità. I successivi "Steps" sono caratterizzati da un aumento sia dell'intensità delle cure che del livello di complessità della casistica. Nel modello di cura 'matched' stepped-care, esiste un sistema per "accoppiare" l'appropriato livello di trattamento al livello di complessità dei problemi presentati dai pazienti, tenendo in conto anche della scelta del paziente. L'affidarsi a trattamenti a bassa intensità potrebbe risultare controproducente senza il dispositivo della valutazione routinaria degli esiti che serve da feedback autoregolativo del percorso (eventuale decisione dello 'stepping up'), nel caso in cui l'intervento in atto non risultasse efficace in termini di esito clinico. Il costruito di esito clinico è correlato con la gravità diagnostica, con la storia clinica del



paziente e valutato con l'uso del 'Clinically Significant and Reliable Change' (Jacobson & Truax, 1991).

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali

La correlazione tra Lea e Linee Guida è raccomandabile proprio per garantirne la sostenibilità.

Più volte la formulazione di Linee Guida internazionali e nazionali e la loro applicazione per patologia e/o per trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi prevedono l'intervento psicologico come indispensabile elemento di qualità ed efficacia. Soprattutto le linee guida ad alto livello (pe.e secondo i criteri AGREE) costituiscono una fonte importante per garantire un alto livello.

I LEA, in linea con le raccomandazioni delle Linee Guida sostengono l'attuazione sistematica di interventi psicologici definiti e strutturati, per cui diviene essenziale che i clinici possano accedere e applicare tali raccomandazioni al fine di monitorare costantemente gli esiti e la qualità, clinica ed organizzativa, delle prestazioni erogate.

La psicologia del SSN italiano si è indirizzata verso la costruzione e l'attuazione di percorsi assistenziali o percorsi diagnostico terapeutici ("strumenti che, nel loro insieme, rappresentano l'elaborazione sistematica di indicazioni basate sulle evidenze disponibili, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio di appropriatezza, con l'obiettivo di assistere i clinici ed i pazienti nel prendere decisioni, migliorare la qualità delle cure sanitarie e ridurre la variabilità nella pratica clinica e negli outcomes" Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, D.P.R. Del 7.4.2006).

Tali percorsi, partendo dai dati di letteratura scientifica sull'efficacia degli interventi, determinano le modalità di applicazione delle raccomandazioni al contesto locale, agli specifici servizi di appartenenza. I percorsi declinano le singole attività e il tempo ad esse dedicato e rappresentano modelli operativi che garantiscono il coinvolgimento di tutti i professionisti e alla loro crescita professionale.

Essi favoriscono la continuità degli interventi (descrivere e motivare la sequenza precisa delle prestazioni psicologiche) e l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, nel territorio e in ospedale, favorendo una omogeneità aziendale e una maggior efficacia ed efficienza. Inoltre, garantiscono i criteri di appropriatezza professionale degli interventi (sia clinica che organizzativa) e gli esiti di salute.

I PTDA nella prassi operativa sono documenti realizzati condividendo uno schema strutturato comprensivo degli elementi essenziali per sistematizzare il lavoro clinico ed organizzativo. Tale schema prevede: scopo del percorso, linee guida e normative nazionali di riferimento, criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti, modalità di valutazione comprensiva di strumenti testistici, tipologia di trattamento, declinata in obiettivi, fasi, numero di incontri, modalità di conclusione del trattamento e di valutazione di esito quantitativa e qualitativa, monte ore complessivo di attività clinica per singolo paziente.

Ogni percorso vede specificati indicatori e standard attesi per verificare l'efficacia dei trattamenti e per poter attuare, in seguito, audit di verifica e conseguenti progetti di miglioramento.

Per indicatori si intendono le variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto indicativo di un fattore di qualità" (Ministero Sanità, 1996). Esempi di indicatori sono: l'accessibilità, l'appropriatezza, la continuità, l'efficacia, l'efficienza, la centralità del paziente, la sicurezza, la tempestività. Essi determinano il grado in cui la sequenza di azioni è effettivamente seguita, ed il suo impatto sull'outcome; inoltre permettono di individuare i casi complessi che necessitano deviazioni dal percorso e di motivare scientificamente le conseguenti azioni intraprese. Infine, garantiscono un conteggio puntuale delle ore di



attività psicologica investite per paziente o per patologia così da poter effettuare pianificazioni sulla necessaria presenza dello psicologo in quello specifico servizio o per quella specifica popolazione clinica.

Gli obiettivi della costruzione dei percorsi sono molteplici:

- sostenere l'apprendimento e la crescita dei professionisti, al favorirne il coinvolgimento dei professionisti e un sapere condiviso;
- misurare l'investimento di risorse per ogni percorso di prevenzione; valutazione-diagnosi; trattamento e non sulle singole prestazioni;
- monitorarne i processi fino alla valutazione sistematica degli esiti degli interventi erogati nei diversi servizi, al fine di identificare le modalità migliori di raggiungimento dell'obiettivo in ragione delle risorse a disposizione, consentendo un'analisi di efficienza basata su criteri clinici e non meramente monetari;
- quantificare le ore di attività investite sulle diverse popolazioni cliniche e effettuare programmazioni sulla presenza di psicologi nei servizi più specifiche e puntuali.



9. Monitoraggio dell'erogazione dei LEA e misure di esito

La tematica del monitoraggio dell'erogazione dei LEA è un problema che si è posto contemporaneamente alla loro definizione. Infatti il DPCM 29.11.2001 è stato immediatamente accompagnato dal DM 12.12.2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Tale decreto definisce un insieme di indicatori attraverso i quali è possibile ottenere informazioni su diversi aspetti dei LEA: dalla diffusione dei servizi ai risultati ottenuti, dalle risorse impiegate ai costi, e così via. "La misurabilità dei risultati di salute e dell'impatto degli interventi sanitari", dice il Ministero della Salute nel suo sito internet a proposito del monitoraggio dei LEA, "è divenuta nell'opinione degli operatori e dei programmatori sanitari nazionali e regionali una condizione essenziale per l'efficienza e l'efficacia dell'azione di coloro che erogano le prestazioni sanitarie. Tenere sotto controllo il livello quantitativo di raggiungimento degli obiettivi e dei benefici finali attesi rende possibile un intervento tempestivo sulle criticità e getta le basi per il miglioramento del sistema". Gli indicatori definiti con il DM 12.12.2001, da intendersi come set minimo e non come insieme chiuso ed esclusivo, sono suddivisi in cinque aree: una per ciascuno dei tre LEA; una quarta, cosiddetta "di risultato"; ed una quinta, cosiddetta "di stato di salute e di contesto". Insieme agli indicatori, per ciascuno dei quali nel DM è presente una scheda ai fini di esplicitarne le modalità di calcolo, è stato definito un valore di riferimento, che nella maggior parte dei casi altro non è che il valore osservato su tutto il territorio nazionale, salvo le situazioni per i quali esisteva qualche indicazione legislativa o programmatica.

Infine, ad applicazione della legge finanziaria 2005 (Legge 30 dicembre 2004 n. 311) che ha affidato al Ministero della Salute il compito di fissare "standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai livelli essenziali di assistenza", nell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati previsti alcuni, cosiddetti, "adempimenti", cioè impegni che le regioni hanno preso anche al fine di garantire che la modalità di erogazione delle prestazioni incluse nei LEA siano uniformi sull'intero territorio nazionale. Per raggiungere questo obiettivo è stato attivato un apposito Comitato con il compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'uso delle risorse, verificando la congruità tra prestazioni erogate e risorse utilizzate. Tra gli strumenti adottati per la verifica vi è anche un insieme di indicatori diventato noto in gergo come "griglia LEA", insieme solo in misura minore costituito da indicatori che fanno parte degli indicatori di garanzia (DM 12.12.2001). E' bene precisare subito come il metodo "griglia LEA", rispetto ai due precedenti, si è posto l'obiettivo specifico di raggiungere una vera decisione (sei/non sei adempiente), ed in tale direzione oltre ai singoli indicatori ha proposto un insieme di pesi (uno per ogni indicatore), che danno conto della rilevanza complessiva di ciascun indicatore; una metodologia di valutazione del valore numerico (suddivisa in quattro classi, rispetto ad un riferimento nazionale, a cui viene assegnato punteggio, rispettivamente, di 0, 3, 6, 9); una formula per combinare i diversi risultati (come media pesata dei singoli punteggi); ed un valore soglia che segnala il raggiungimento (o meno) dell'adempimento. La metodologia è chiaramente discutibile ma possiede il grande pregio di portare ad una decisione condivisa: adempiente/non adempiente.

Sebbene non faccia parte formalmente del monitoraggio di LEA si ritiene importante di nominare in questo contesto anche il Programma Nazionale Esiti (PNE). Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario. Le



misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. PNE non produce classifiche, graduatorie o pagelle. Gli ambiti di valutazione sono, per quanto riguarda la funzione di produzione, le singole aziende ospedaliere ospedaliere e, per quanto riguarda la funzione di tutela o committenza, le aziende sanitarie locali/province. L'edizione 2016 di PNE sui dati aggiornati al 2015 analizza 165 indicatori: 66 di esito/processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione (http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/index.php#).

Indicatori e misure di esito nell'ambito Psicologico nel SSN

Attualmente nessuna delle prestazioni psicologiche contenuta nel nomenclatore è oggetto di monitoraggio né secondo gli indicatori dal DM 12.12.2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" né secondo la griglia degli adempimenti LEA (nell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005). Inoltre, non ci sono indicatori nell'PNE che prendono in considerazione l'attività psicologica né in ospedale né nei servizi territoriali.

L'assenza di misure di monitoraggio e valutazione della attività e delle prestazioni psicologiche rende impossibile dire se i cittadini ricevono effettivamente queste prestazioni garantite dal SSN, e meno che mai, è possibile fare inferenze sugli aspetti come l'equità e la qualità con cui vengono erogate queste prestazioni. Inoltre questa situazione fa sì che anche se l'attività viene considerata come livello essenziale di assistenza l'attività viene considerata facoltativa in assenza di un monitoraggio o valutazione obiettiva con grandi ricadute sugli investimenti che garantiscono tali prestazioni.

Pertanto si ritiene fondamentale e urgente di introdurre nei sistemi di monitoraggio e valutazione dei LEA anche degli indicatori specifici che riguardano l'attività psicologica.

Alla luce di quanto descritto sopra, visto che con le nuove LEA c'è anche una discussione sui tavoli istituzionali per estendere e modificare il monitoraggio e valutazione di essi, si ritiene opportuno proporre due azioni di monitoraggio e valutazione per l'attività psicologica nel SSN utilizzando gli attuali strumenti disponibili.

La Prima azione riguarda l'inserimento di monitoraggio delle prestazioni psicologiche all'interno della griglia LEA come nell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Un Monitoraggio a questo livello porta ad una decisione condivisa sulle regioni ovvero se esse siano adempienti/non adempienti rispetto alle prestazioni erogate.

Un indicatore plausibile, in quanto facile da calcolare con i dati attualmente disponibili a livello ministeriale e in linea con gli altri indicatori presente nell'elenco, potrebbe essere il tasso della popolazione che accede a prestazioni psicologiche nel SSN. Tale indicatore può essere considerato una misura di accessibilità alle prestazioni psicologiche nel SSN. Esso metterà in evidenza la variabilità che esiste sul territorio nazionale ponendo la questione dell'equità nell'accesso ai servizi. Una seria analisi del tale indicatore e la variabilità a livello nazionale stimolerà anche un serio confronto sui modelli organizzativi in termini di accesso ai servizi.

Tale indicatore potrebbe essere facilmente applicato anche a popolazioni specifiche come a coloro che accedono ai dipartimenti di Salute Mentale e Servizi per le dipendenze. In questo caso l'indicatore potrebbe fornire un'indicazione del cosiddetto "treatment gap" della psicologia, ovvero di quella fascia di popolazione che potrebbe trarre beneficio da un intervento psicologico, ma che di fatto non lo riceve.

In questo ambito appare inoltre utile far evolvere i flussi informativi NSIS, che già raccolgono informazioni relative alle attività degli psicologi, in modo che registrino più



nel dettaglio la tipologia di prestazioni garantite. Si tratta dei flussi; SIND (DM del 11/6/2010); SIAD e FAR (DM del 17/12/2009 – GU n. 6/2009); SISM (DM 15/10/10 – GU n. 254/2010); Hospice (DM 6/6/2012 – GU n. 142/2012). La medesima attenzione è da prestare nello sviluppo di nuovi flussi informativi (es. riabilitazione, o sezione per l'età evolutiva del SISM). Sarebbe necessario, al fine di avere una visione d'insieme delle attività psicologiche complessivamente e trasversalmente svolte nel sistema sanitario territoriale, sviluppare specifica reportistica che estragga e sintetizzi dai flussi sopra riportati le diverse attività psicologiche svolte.

La seconda azione riguarda la valutazione degli esiti degli interventi psicologici nel SSN. Questa azione si inserisce nella logica del PNE e deve essere considerato complementare alla prima azione. La valutazione degli esiti si configura come un aspetto cruciale nell'ambito della salute e, in particolare, rappresenta lo "strumento" indispensabile per fornire adeguate informazioni ai cittadini (trasparenza relativamente ad esiti e benefici dei trattamenti) su ciò che possono aspettarsi dai trattamenti e su come vengono investite le risorse pubbliche e per verificare la congruità, l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei Servizi (risposta alle richieste degli amministratori pubblici). In altri termini non misuriamo solo l'accesso ai servizi (proposta della prima azione) ma anche la qualità dell'attività psicologica nel SSN. La routinaria raccolta di dati relativi all'esito degli interventi psicologici permette di valutare la percentuale dei pazienti su cui il trattamento ottiene l'esito desiderato, oppure su cui non viene applicato, o applicato in modo inappropriato, e quella percentuale che necessita, invece, di una maggior intensità di cura. Gli scopi e i vantaggi concreti derivanti dalla valutazione degli esiti sono stati ben sintetizzate in un documento del National Health Service (NHS) inglese prodotto nell'anno 2005. Inoltre anche in Italia l'evidenza che emerge dai servizi in varie regioni che stanno utilizzando il Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure (CORE-OM) (validato per la popolazione italiana e che costituisce il "gold standard" per la valutazione dei trattamenti e dei servizi che erogano interventi psicoterapeutici), sottolinea che non è solo sostenibile valutare gli esiti degli interventi psicologici ma che solo la valutazione degli esiti porta ad aumentare la qualità del servizio erogato. Per mantenere elevata la qualità degli interventi, le strutture eroganti devono perciò garantire un minimo di diagnostica d'ingresso e una misura di esito.



10. Le implicazioni più vaste per l'attuazione dei LEA

La necessità evidenziata di adeguare l'organizzazione delle attività psicologiche nelle Aziende Sanitarie va considerata nell'ambito di una più generale esigenza di sviluppare reti di collaborazione – come peraltro previsto nei LEA - sia verso le professionalità psicologiche presenti in contesti specifici, a cominciare dalle cure primarie, servizi sociali e scuola.

E' infatti evidente come le Aziende Sanitarie siano una componente – rilevante e centrale ma comunque una componente – di una rete sociale chiamata a svolgere un ruolo diffuso di promozione della salute, prevenzione ed intervento su specifiche problematiche, potendo intercettare in modo funzionale le criticità e le potenzialità presenti nei diversi contesti.

Per tali motivazioni si sta sperimentando anche nel nostro Paese in diverse realtà la presenza dello Psicologo nel contesto delle cure primarie (UTCC, case della salute) come momento di integrazione specifico e mirato per svolgere una attività consulenziale ed integrata con le attività della Medicina Generale. Esistono in questo ambito numerose e consolidate esperienze a livello internazionale, che evidenziano la necessità di una presenza specifica delle competenze psicologiche a questo livello fondamentale di assistenza sanitaria.

Va inoltre considerata la presenza delle competenze psicologiche all'interno della "Farmacia di Comunità", realtà positivamente sperimentata in molti contesti ed in linea con gli obiettivi e le finalità del progetto.

I LEA inoltre mettono in evidenza la necessità di una adeguata integrazione tra le attività sanitarie e quelle sociali. E' stata sottolineata la peculiarità della professione psicologica quale professione sanitaria ad elevata valenza sociale (nei modelli di lettura dei bisogni e di intervento, nelle problematiche della quali si occupa), ma va chiarito che l'attività diretta dei servizi sociali richiede e comporta la presenza dedicata di figure psicologiche strutturate per lo svolgimento delle attività proprie dei servizi sociali, come peraltro già avviene sia pure in misura del tutto inadeguata. E' quindi evidente che l'attuazione dei LEA richiede parallelamente il superamento di questa criticità che non può essere compensata impropriamente con una maggiore presenza di figure psicologiche delle Aziende Sanitarie e comporta una attenzione – nelle modalità operative – alle necessità di integrazione socio-sanitaria nelle attività sia sanitarie che sociali.

Altri ambiti specifici di collaborazione è con il settore della scuola, laddove è auspicabile una maggiore presenza di competenze psicologiche dedicate a supporto delle attività didattiche e delle specificità del sistema e contesto scolastico, al di là delle necessarie forme di collaborazione con le attività psicologiche di pertinenza delle Aziende Sanitarie.

In generale si pone poi il problema di allargare anche agli Psicologi e Psicoterapeuti la convenzione esterna, esistendo già quella interna ambulatoriale, al fine di garantire in forme ulteriori e concrete ai cittadini l'erogazione delle prestazioni psicologiche e psicoterapiche, anche tenendo conto del principio affermato dal DLg n. 124 del 29 aprile 1998 laddove consentiva ai cittadini di rivolgersi direttamente al privato.

E' evidente infatti che il necessario adeguamento dei servizi psicologici delle Aziende Sanitarie non potrà esaurire il bisogno di interventi che discende dall'applicazione dei LEA.

Vanno previste forme di collaborazione con professionisti esterni al SSN in particolare per le attività psicoterapiche e di promozione della salute.

La visione culturale che sostiene questo modello organizzativo interpreta la necessità di sviluppare un'idea di assistenza psicologica per i cittadini svincolata dai



tradizionali contenitori che non sono più i soli rappresentativi della domanda di salute psicologica.

La finalità è quella di aumentare per i cittadini l'offerta e la possibilità di scelta dei servizi a cui rivolgersi assicurando una reale e qualificata equità d'accesso alle prestazioni psicologiche.



11. Bibliografia di riferimento

- American Psychological Association 2012. In *Psicoterapia e Scienze Umane*, Vol. XLVII, n. 3, 2013, pp. 407-422
- Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S.H., Pinto, R., Pungello, E., Yi Pan, Y. (2014). Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health. *Science* 343(6178): 1478-1485. doi: 10.1126/science.1248429
- Gilbertini, M., Nations, K.R., Whitaker, J.A. (2012). Obtained effect size as a function of sample size in approved antidepressants: a real-world illustration in support of better trial design. *Int Clin Psychopharmacol* 27: 100-106.
- Cartabellotta N. et al. (2017) 2° Rapporto sulla sostenibilità del SSN, Fondazione GIMBE
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2016). *Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung*. Retrieved from <https://www.sozialversicherung.at/portal27/esvportal/content?contentid=10007.683681&viewmode=content>
- Khan, L., Personage, M., Stubbs, J. (2015). Investing in Childrens Mental Health. A review of evidence on the costs and benefits of increased service provision. Centre for Mental Health Report. Retrieved from www.centreformentalhealth.org.uk
- Knapp, M., Iemmi, V. (2014). The Economic Case for better Mental Health. In: Davies, S. (Ed.) *Annual Report of the Chief Medical Officer 2013, Public Mental Health Priorities: Investing in the Evidence*. Department of Health, London, UK, 147-156.
- Knieps, F., Pfaff, H. (2016). *Gesundheit und Arbeit*. BKK Gesundheitsreport. Retrieved from <http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport/>
- Layard R and Clark DM (2015). Why More Psychological Therapy Would Cost Nothing. *Front. Psychol.* 6:1713.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M.A., Maske, U.E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W., Wittchen, H.U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH) *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 23(3): 289-303.
- Margraf, J., Schneider S. (2016). From Neuroleptics to Neuroscience and from Pavlov to psychotherapy: more than just the “emperor’s new treatments” for mental illness? *EMBO Molecular Medicine* 8: 1115-1117. DOI 10.15252/emmm.201606650
- McCrone, P., Sujith Dhanasiri, Anita Patel, Martin Knapp, Simon Lawton-Smith (2008), *Paying the Price*.
- The cost of mental health care in England to 2026. King’s Fund. Retrieved from <https://www.kingsfund.org.uk/>
- OECD (2017), *PISA 2015 results (Volume III): Students Well-Being*, PISA, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264273856-en>