



Oltre la professione

Psicologi nella funzione organizzativa del SSN

La psicologia di assistenza primaria: da sperimentazione a sistema.

*di Margherita Papa, Paola Dondi, Michela Fortugno, Meri Madeo, Michele Presutti
Direttivo Associazione Oltre La Professione*

Introduzione

Stiamo vivendo un momento storico in cui, finalmente, il lavoro degli psicologi è non solo visibile, ma anche sempre più ricercato e previsto sia nell'ambito delle procedure pubbliche della sanità, che negli ambiti lavorativi delle organizzazioni di lavoro, delle istituzioni scolastiche, ed appare in crescita la richiesta di interventi di psicologia clinica.

Dall'approvazione della legge istitutiva della professione, nel 1989, la comunità degli psicologi è cresciuta ed il lavoro degli attori sociali che la rappresentano, le Società Scientifiche, i Sindacati, le Università ed ovviamente l'Ordine professionale sono riusciti a portare avanti azioni politiche volte all'inclusione dei bisogni psicologici complessi e sempre più articolati dei cittadini.

Ne sono un esempio il successo che ha avuto la proposta del "Bonus psicologo" con le migliaia di domande che sono pervenute dai cittadini, ma anche la diffusa e ripetuta attivazione degli studenti delle scuole superiori per ottenere la presenza stabile di uno psicologo scolastico, così come i vari progetti che si sono succeduti da parte del Ministero della salute in favore del Benessere psicologico. L'emergenza Covid 19 ha inoltre reso evidente come il disagio possa emergere da situazioni di isolamento e di rottura delle relazioni sociali e di come quindi un intervento precoce possa evitare lo sviluppo di psicopatologie.

In questo contesto lo psicologo di base o di assistenza primaria, denominazioni che come vedremo hanno una sfumatura diversa, ha preso forza e le varie sperimentazioni attuate nelle regioni italiane, insieme alle proposte di legge presentate a livello nazionale, rendono necessario uno sguardo ed un'analisi teorica più approfondita delle competenze necessarie al ruolo.

Tanto più perché interlocutori diversi, anche all'interno del SSN, di fronte alla proposta di istituire la nuova figura professionale psicologica obbietano che si tratta di un modo per ampliare le occasioni di impiego dei laureati in psicologia.

Altri, tra questi anche molti psicologi del SSN, discutono invece il dato, certamente non irrilevante, che prima di investire risorse in un nuovo servizio psicologico di base sarebbe più opportuno rafforzare la presenza degli psicologi nei vari servizi che già lo prevedono e dove spesso non raggiunge invece la percentuale prevista dagli standard minimi, dati confermati dal Presidente del CNOP dopo il completamento della raccolta dati nazionale. In questo documento non si vuole argomentare contro tali tesi né semplicemente cavalcare l'onda della nuova visibilità. Si intende invece esplorare una visione organizzativa che trova il suo fondamento nella tanto declamata, ma poco attuata, visione epistemologica bio-psico-sociale e nelle specificità della teoria della tecnica della Psicologia clinica.

Breve storia dell'idea

I vantaggi della presenza dello psicologo all'interno delle cure primarie sono stati da tempo evidenziati nella letteratura nazionale e internazionale.

L'OMS già nel 2008 affermava che “la cura e i trattamenti relativi alla salute mentale devono essere erogati dalle cure primarie”, mentre nell'EMHAP (European Mental Health Action Plan 2013-2020) del 2013 si ribadiva il ruolo essenziale dell'erogazione dei servizi per la salute mentale nelle cure primarie per realizzare l'obiettivo della “salute per tutti”.

In Italia, già in uno studio del 2002 (Berardi, 2002) emergeva come il 41% dei pazienti che chiedevano una consultazione con il MMG dichiaravano problemi di natura psicologica o problemi familiari; tuttavia, una risposta non adeguata al problema psicologico del paziente determina spesso il mantenimento o il peggioramento dei sintomi, con una spesa maggiore per il servizio sanitario (Solano, 2010).

L'inserimento dello psicologo nelle cure primarie (Liuzzi, 2016) ha come obiettivi non solo quello di intercettare i bisogni psicologici della popolazione, che spesso rimangono latenti e determinano importanti costi sociali, ma anche di intervenire in modo precoce, in una fase ancora iniziale del disagio e precedente ad una sua cronicizzazione e/o strutturazione in senso patologico, costituendo così un filtro per i livelli secondari di cure e per il pronto soccorso.

Un altro elemento significativo è la crescente consapevolezza dell'impatto psicologico della malattia fisica: da una revisione della letteratura internazionale (Lisy et al, 2018) è emerso come una quota importante di disabilità nelle persone con patologie fisiche sia legata ad aspetti psichici come l'ansia e la depressione; questi problemi spesso sono portati dai cittadini ai medici di famiglia e se non ricevono risposte tempestive e appropriate sono destinati in gran parte ad aggravarsi con aumento dei costi umani, sanitari e sociali (Lazzari, 2023).

Oltre alla sempre maggiore centralità della dimensione psicosociale nelle problematiche dei pazienti e nei percorsi di cura, un ulteriore incremento della domanda di supporto psicologico da parte della popolazione si è manifestato dopo l'emergenza Covid 19. Attualmente sono sette le proposte di legge sullo psicologo di base depositate in Parlamento con l'obiettivo di giungere ad un testo unificato: 4 proposte di maggioranza: Fratelli d'Italia, Noi Moderati, Forza Italia e Lega Nord, 3 di minoranza di cui una di Cinque Stelle e 2 del PD. Infine si è arrivati ad un testo unico nel novembre 2023 firmato da sette deputati di sei partiti differenti: “Istituzione del servizio nazionale di psicologia di assistenza primaria”.

Cosa si è già fatto e con quali modelli.

Nell'ambito delle cure primarie sul piano internazionale, si possono distinguere (Blount 2003, Bertini 2011) tre tipologie di servizi: coordinati, collocati, integrati. Per quanto riguarda i primi, si tratta di servizi fra i quali c'è un rapporto di collaborazione, ma a distanza, cioè situati in setting diversi. I secondi includono servizi collocati nello stesso setting. I terzi si possono indicare integrati in quanto servizi che essendo nella stessa collocazione vedono le componenti mediche e psicologiche (e possibilmente anche altre) coinvolte nello stesso luogo in specifici piani di trattamento per pazienti individuali o popolazioni di pazienti. In linea generale si può osservare che questi ultimi sono i servizi che offrono le maggiori garanzie di efficacia.

Secondo Liuzzi (2016) i modelli operativi già sperimentati in altri paesi europei possono essere divisi in due grandi famiglie.

I modelli *Primary Care*, che prevedono un servizio di intercettazione veloce e di intervento sui disturbi emotivi comuni ed in alcuni casi possono anche arrivare alla intercettazione di gravi disturbi di personalità che non accedono facilmente ai servizi di salute mentale. Sono modelli di tipo collaborativo tra medico e psicologo, soprattutto nelle esperienze del Regno Unito, in cui lo psicologo lavora all'interno dello studio medico per i casi lievi, ma non solo, con interventi *stepped care* (

modello a gradini) o *layered care* (modello a strati).

I modelli *Consultation liaison* e *generalisti* prevedono prima di tutto un supporto al medico di medicina generale, sia per una migliore comprensione di quelli che sono i disturbi psicologici, sia per l'attenzione ai correlati psicologici delle malattie fisiche o ai disturbi somatoformi. In questo ambito il lavoro dello psicologo si concentra maggiormente sugli aspetti di valorizzazione delle risorse della persona, ma anche della comunità, con interventi brevi, senza liste di attesa, anche di gruppo, associati ad interventi di prevenzione.

Nel DM 77/22 è prevista la presenza dello psicologo di cure primarie nelle Case di Comunità ed in attesa di una legge definitiva, varie sono le sperimentazioni in essere in diverse realtà d'Italia, esaminando le quali si possono leggere alcune differenziazioni o sovrapposizioni.

Nel **Lazio** Luigi Solano nella Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, dell'Università "Sapienza" di Roma, è stato tra i primi a sperimentare un servizio di tipo integrato tra medico e psicologo. L'esperienza ha coinvolto 10 studi medici di Roma, Orvieto e Rieti, per un periodo di 3 anni ciascuno: *lo scopo dell'iniziativa non è stato di occuparsi del disagio psichico esplicito, che deve trovare accoglienza negli specifici servizi specialistici, ma di esplorare il significato di qualunque richiesta, in qualunque modo espressa, nel contesto della situazione relazionale presente e passata del paziente e del suo ciclo di vita.* (Solano 2011).

In **Piemonte** una sperimentazione esiste da oltre 10 anni ed ha avuto una definizione con il DGR 35-5257 "Progetto innovativo di istituzione dello Psicologo di cure primarie" (2022). Il modello si fonda su alcuni concetti base caratteristici della psicologia di cure primarie:

- un approccio multiprofessionale di team alla cura del paziente,
- un percorso terapeutico pianificato e gestito dal team sanitario a seconda delle differenti patologie
- uno sviluppato modello di comunicazione interprofessionale
- la possibilità di inserire il paziente in un percorso di cura a gradini e a differenti livelli di intensità

Mentre per quanto riguarda gli aspetti operativi, gli elementi fondamentali sono:

- Visite congiunte di medico e psicologo nell'ambulatorio; quindi attività di diagnosi e di presa in carico congiunta (modello integrato)
- Attività di consultazione psicologica, supporto su particolari situazioni life-events, ed attività di filtro e istradamento in differenti percorsi di cura
- Interventi psicologici supportivi e psicoterapeutici, individuali e di gruppo, a bassa e alta intensità
- Monitoraggio degli esiti tramite strumenti di rilevazione standardizzati
- Attività di follow up, di prevenzione e promozione stili di vita salutari. Durante le visite la coppia medico-psicologo lavora congiuntamente, instaurando spesso un dialogo con il paziente teso a chiarire gli aspetti sia medici che psicologici della sua situazione di salute.

Del 2014 è la sperimentazione della Regione **Veneto** della figura dello Psicologo delle Cure Primarie. L'invio allo psicologo avviene in seguito alla segnalazione da parte del medico di base il quale riscontra nel paziente problematiche di tipo psicologico o non strettamente medico. Questi consiglia al paziente di effettuare alcuni incontri con lo psicologo presente per mezza giornata a settimana nella stessa struttura (MIG, Medicina di Gruppo Integrata), secondo quella che in letteratura viene definita relazione collocata (Blount, 2003). L'idea è quella di affiancare al medico di base uno psicologo esperto in possesso, quali requisiti minimi, di laurea magistrale in Psicologia e di specializzazione in psicoterapia riconosciuta dal MIUR. Inoltre deve avere competenze diagnostiche e di screening, consolidate capacità di tipo psicoterapeutico, di lavoro di rete e, infine, deve avere conoscenze in materia di legislazione sanitaria. L'obiettivo generale dello psicologo è di intercettare le situazioni di disagio che altrimenti non sarebbero state espresse, promuovere la salute e gli stili di coping del paziente aiutandolo a diventare più attivo nei confronti dei suoi conflitti e, qualora ravvisasse la necessità di un aiuto più approfondito, invitarlo a continuare il percorso psicologico attraverso l'aiuto di uno psicoterapeuta, oppure inviandolo ai servizi di secondo livello. In **Emilia Romagna** esiste dal 2004 il progetto G.Leggieri intitolato proprio ad un medico di medicina generale pioniere della collaborazione con la psichiatria territoriale, sul modello della

gestione da parte del medico dei casi lievi, della consultazione dello psichiatra per i casi moderati e l'invio ai servizi dei casi gravi.

Nel recente documento della Regione Emilia Romagna "Linee di indirizzo per l'implementazione della Psicologia nelle case di Comunità" (2023) si prevede un ruolo dello psicologo sul modello della Primary Care: una consultazione psicologica primaria ed una di secondo livello con interventi psicoterapeutici brevi e focali. Qui le esperienze, in modo abbastanza convergente, ampliano tuttavia il target di riferimento oltre la cosiddetta psichiatria minore, comprendendo un range di condizioni più ampie con risposte/offerte che possano intercettare e coprire tutte quelle situazioni in cui l'intreccio tra la vulnerabilità biologica, il vissuto personale e le situazioni contingenti di vita incidano sullo stato di salute del cittadino, riducendone la qualità della vita, l'integrazione sociale e la produttività

Nella Regione **Campania** la legge regionale è del 2020 "Istituzione del servizio di psicologia di base e istituzione dello psicologo delle cure primarie". Anche in questa regolamentazione si prevede un intervento sui disturbi psicologici lievi, oltre a promozione del benessere, lavoro in équipe sanitarie multiprofessionali; gestione di richieste improprie di prestazioni sanitarie; sviluppo della relazione tra personale sanitario e utenza e gestione delle criticità.

In **Toscana** dal 2022 è istituita la figura dello psicologo di base (LR 39 2022) ed è stata avviata una sperimentazione che prevede la collocazione degli psicologi nei setting di MMG, le Case di Comunità, la collaborazione tra medico e psicologo per l'intercettazione precoce del disagio psicologico, un primo intervento breve sui casi di ansia e depressione e di disturbi somatoformi.

Anche in **Valle D'Aosta** in un progetto del 2022 si è sperimentato lo psicologo delle cure primarie, collocato presso gli studi medici secondo un modello collaborativo stepped care ed interventi a bassa intensità.

Come abbiamo visto dalla presentazione delle sperimentazioni emergono diverse contraddizioni sia organizzative che di tecnica professionale. Le sperimentazioni che sono state attuate o che sono in corso oscillano nell'identificare le funzioni dello psicologo di base o assistenza primaria tra vari poli. La **prima funzione**, che è più strettamente quella che si può chiamare dello psicologo di base, è una funzione di affiancamento del MMG, per ampliare la visione e l'ascolto delle problematiche portate dalle persone, vedi la sperimentazione del Lazio, del Piemonte ed i parte della Toscana e della Valle D'Aosta. Questa funzione si basa sulla competenza di analisi della domanda della quale parleremo meglio in seguito.

Una **seconda funzione** si caratterizza invece come un primo intervento di salute mentale, a favore del trattamento dei disturbi emotivi comuni, la sperimentazione della Emilia Romagna e del Veneto e della Campania. In questa declinazione dello psicologo di cure primarie sembra prevalente l'obiettivo del trattamento dei disturbi emotivi comuni, che identifica le competenze dello psicologo clinico con quelle dello psicoterapeuta e non a caso si propone l'equiparazione della formazione dello psicologo di base a quella delle scuole di psicoterapia. L'idea che lo psicologo di base sia una specie di psicoterapeuta "dei casi semplici" non appare innovativa. Rientra tra i compiti dello psicologo l'indicazione a trattare i *disturbi emotivi comuni*: terminologia tipica della cultura psichiatrica che definisce i disturbi emotivi comuni come *disturbi psichiatrici non psicotici* (PDTA ASL Pavia 2013 sui disturbi emotivi comuni, Consensus conference sull'ansia e la depressione). Il rischio di questa articolazione è di creare due servizi di salute mentale: uno per i disturbi lievi (il servizio di psicologia di base) ed uno per i disturbi gravi, come se non esistesse un continuum all'interno delle manifestazioni dei disturbi e con la probabilità che i Centri di Salute Mentale diventino sempre più rivolti solo ai gravi disturbi di personalità, le psicosi o le schizofrenie.

Una **terza funzione**, che sembra invece più propria del modello epistemologico e tecnico che promuoviamo, si incarna soprattutto nella attivazione degli interventi di gruppo e di comunità, ma pur essendo citata tra gli scopi iniziali delle sperimentazioni trova poi una difficile attuazione e soprattutto sembra mancare di una valutazione finale.

Infine emerge una **quarta funzione** dello psicologo di assistenza primaria come un professionista

degli aspetti psicologici delle malattie, nel supporto alla malattia cronica e alle patologie che incidono sullo stile di vita.

Le leggi regionali che sono state approvate e le proposte di leggi nazionali cercano variamente di mettere insieme queste funzioni in una logica di mera giustapposizione, senza un pensiero organico della funzione dello psicologo di assistenza primaria nel SSN.

Questo avviene perché ancora non è avvenuta una riflessione avanzata e collettiva della comunità professionale, in particolare degli psicologi che lavorano nella Sanità, sulla loro funzione nel SSN. La maggioranza degli psicologi riceve ancora una formazione, soprattutto quella specialistica dopo la laurea, ma anche durante il corso di laurea, in alcuni insegnamenti, che definisce il lavoro clinico su modelli riduzionistici $\text{bisogno} = \text{malattia} = \text{cura}$: questo spesso significa che lo psicologo è equiparato ad un medico-terapeuta, ma con strumenti psicologici.

La maggioranza delle proposte sullo psicologo di base sembra tarata su questa funzione, riducendo l'area della psicopatologia da trattare (i casi lievi dei disturbi emotivi comuni), ampliando casomai il campo di applicazione (l'ascolto parallelo accanto al MMG), che aumenta le possibilità di riconoscimento del disagio, e estendendo l'ambito disciplinare alla psicologia della salute (che poi non dovrebbe ridursi a occuparsi di malattie).

Modello teorico alla base della proposta di OLP

Per definire il senso della proposta di una **Psicologia di assistenza primaria** è invece importante chiarire prima di tutto entro quale cornice epistemologica e teorica ci muoviamo.

Il quadro epistemologico e di teoria della tecnica all'interno dei quali è importante, a nostro avviso, situare un servizio di psicologia di assistenza primaria è da una parte quello della epistemologia dei sistemi complessi (Ceruti M. 2014) e dall'altra quello della analisi della domanda (Carli e Panicia 2003).

In un'ottica epistemologica della complessità lo psicologo fa parte di un sistema di conoscenze, di teorie della tecnica e di relazioni/ruoli professionali più ampio del modello riduzionistico di salute /malattia.

E' avvenuto infatti in questi decenni il passaggio da modelli riduzionisti e deterministici, per i quali uno stato di salute che viene a modificarsi va ripristinato come era inizialmente, a modelli epistemologici della complessità, che propongono come principi fondativi la consapevolezza del punto di osservazione, l'approccio sistemico ed ecologico, come ad esempio il modello One Health, e la valorizzazione dell'ottica narrativa.

In questa prospettiva la salute è l'emergenza del funzionamento di più sistemi, che sono biologici, fisici, psicologici, sociali, anche ecologici ed ambientali. *Il livello psichico è un tutto che emerge dall'attività complessiva di un organismo (cervello e corpo) che è immerso in un contesto (ambiente naturale, cultura, società relazioni) che, come abbiamo visto, non è la semplice somma di questi elementi.* (Lazzari 2019)

La definizione di cosa sia salute non può poi prescindere dai diversi punti di vista degli osservatori, dei medici, degli utenti, degli scienziati e ricercatori e perfino dalla narrazione che di essa si può fare. Ad esempio lo stesso concetto di salute mentale rischia di essere oggi troppo connotato da l'uso istituzionale che è stato fatto all'interno dei servizi del SSN, per cui spesso nel senso comune i servizi di salute mentale equivalgono a servizi psichiatrici. Tale visione porta con sé, se pur in modo implicito, il carico di uno stigma che rende effettivamente più difficile, soprattutto per le generazioni più giovani, avvicinarsi ai servizi pubblici che si occupano di salute mentale.

Per occuparsi di come viene percepita la salute mentale attraverso gli occhi degli utenti in questi anni si è specializzata una sotto categoria della psicologia di comunità che si occupa di servizi psichiatrici e utenti psichiatrici (Arcidiacono Francescato Mazzoli Zani 2017).

Nel modello che proponiamo è la dimensione di salute intesa come interazione dei tre grandi sistemi costitutivi dell'essere che sono il mentale , il biologico e l'intersoggettivo ad essere al centro e strettamente legata alla dimensione olistica di benessere. L'essere in salute include la regolazione in

interazione dinamica delle dimensioni emozionali, relazionali, intersoggettive e comportamentali.

Ed andando ancora oltre, seguendo proprio i modelli più attuali della psicologia di comunità, possiamo pensare alla salute come un “bene comune relazionale”.

Oltrepassare il modello riduzionista di salute significa passare da teorie che mettono la *Malattia* al centro e creano quindi dei servizi sanitari che vengono denominati in base alle varie classificazioni cliniche (Centro per i disturbi alimentari, Centro per il diabete ecc) a teorie che mettono la *Salute* al centro e cominciano ad occuparsi della analisi delle condizioni di vita delle persone, in tutti i sistemi ecologici.

Ovviamente siamo ancora lontani da questo, ma il modello che vorremo proporre per la psicologia di assistenza primaria non è basato sulle patologie, ma sulle relazioni. Se come oramai tutti gli studi epidemiologici ci indicano che l'ansia e la depressione stanno diventando un problema importante nelle società occidentali, non è forse necessario leggere anche le varianti sociologiche, antropologiche e culturali del fenomeno? Se i disturbi appaiono prevalentemente “sotto soglia” invece di utilizzare strumenti che sono già tarati sulla psicopatologia (test e questionari validati all'interno dei servizi di salute mentale) non sarebbe più utile dare una lettura in termini di processi evolutivi dell'individuo e di processi di comunicazione e relazionali dei gruppi nei quali l'individuo è inserito?

Invece tra gli obiettivi delle sperimentazioni e delle proposte di legge che abbiamo avuto modo di leggere emerge la giustapposizione tra patologie (ansia, depressione), disturbi somatoformi o gestione malattie croniche e gestione del disadattamento.

Sono modi di leggere i fenomeni psicologici che appartengono a due modelli teorici differenti: quello centrato sul modello malattia-cura e quello basato sul modello salute-risorse.

La psicologia di assistenza primaria si occupa di promozione della salute e di prevenzione nella comunità.

Dalla psicologia di comunità riprende ad esempio lo studio della interazione tra l'individuo ed il contesto anche alla luce dei valori di uguaglianza, inclusione, vivibilità e giustizia.

Facciamo due esempi che possono essere più chiari: una comunità dove sono frequenti i giovani NEET, che non presentano di per sé una patologia, oppure un istituto di istruzione primaria dove la quota degli alunni con una certificazione BES o di disturbo dell'apprendimento sia superiore alla media. La valutazione di queste situazioni non può essere letta solo come un problema del singolo individuo, ma appunto come una emergenza di dinamiche di sistemi che intorno all'individuo si allargano: familiari, istituzionali, di comunità, culturali.

Se oggi i giovani abbandonano presto lo studio, entrano nel mondo del lavoro più tardi oppure con modalità altamente precarie, tendono, soprattutto dopo il periodo del lockdown dovuto al Covid ma anche per un certo uso dei media digitali, a stare più isolati, la risposta a questo fenomeno, che non è del singolo, non può essere quella di trovare una nuova categoria di patologia e offrire la solita risposta della cura individuale, se pur in forma psicoterapeutica. Uno psicologo di assistenza primaria prima di indirizzare il giovane o i giovani al centro di salute mentale potrebbe costruire una mappa delle risorse della comunità, creare rete e relazioni tra le associazioni e le cooperative del territorio, attivare percorsi di formazione.

Il fenomeno va compreso e analizzato su livelli più ampi e le risposte vanno coordinate tra più agenti della vita sociale, dei quali lo psicologo di assistenza primaria è ovviamente solo un punto di una rete, ma potrebbe essere un perno di cambiamento.

Stesso tipo di analisi può essere proposta per la diffusione che si è vista in questi anni dei disturbi dell'apprendimento: molti specialisti, non solo psicologi, ma anche neuropsichiatri, insegnanti e pedagogisti si stanno interrogando sul fatto che tutti quelli che vengono portati all'osservazione dei servizi specialistici siano effettivamente disturbi dell'apprendimento. Alcuni ricordano che anche l'apprendimento è un percorso complesso che non è dipendente solo da variabili individuali, ma fortemente collegato al contesto: di nuovo familiare, scolastico, sociale, culturale ecc.

Pretendere di dare risposte che vadano verso la creazione di sempre più numerose specialità non è la soluzione. E' necessario invece, per rispettare un'ottica davvero ecologica, ritornare ad approcci che valutano prima la foresta e poi l'albero. Uno psicologo di assistenza primaria prima di seguire

l'indicazione di inviare il bambino alla consulenza del servizio specialistico di neuropsichiatria deve essere in grado di effettuare un'analisi ed approfondimento della storia evolutiva, un'analisi funzionale e di contesto quali azioni preventive (ad es. parlare con le insegnanti, verificare se non si tratti anche di un problema di metodi di insegnamento o di prerequisiti linguistici e culturali).

Un ulteriore connesso livello teorico è rappresentato da una teoria della tecnica che fa riferimento all'analisi della domanda (Carli Paniccia 2003) come modalità di comprensione del problema portato dall'utente. Tale analisi si situa come una decodifica delle motivazioni esplicite, ma anche delle motivazioni implicite, inconsce individuali o del sistema istituzionale.

Si tratta cioè di una analisi che prende in considerazione il complesso sistema di significati e di relazioni nel quale nasce il bisogno o la necessità di una consultazione psicologica.

C'è infatti da considerare come sia diversa la richiesta che un cittadino può portare in prima persona, parlando con il proprio medico dei sentimenti di tristezza o di disagio in riferimento ad un evento di vita, dalla richiesta che nasce dal medico che individua nella situazione del suo paziente degli aspetti psicologici che ostacolano la cura, come la mancanza di informazioni o una vera e propria mancanza di consapevolezza e collaborazione con il progetto terapeutico.

Le due situazioni sono caratterizzate da campi di significato, da aspetti relazionali e motivazionali differenti. Nel primo caso il portatore della domanda è l'utente che coincide con il destinatario dell'intervento. Nel secondo caso il committente della domanda è il medico che fa una richiesta di intervento sull'utente.

Lo psicologo quindi ha come primo compito quello di comprendere meglio chi è il portatore della domanda di cura, quale percorso di presa di consapevolezza è possibile rispetto alla richiesta, nel caso in cui il committente e l'utente non coincidano, ed infine quali risorse siano disponibili per l'intervento sia in termini di responsabilizzazione sia in termini di valutazione e attivazione del contesto relazionale e sociale.

Questo approccio tecnico si può mettere in atto sia direttamente con i cittadini, ma anche con gruppi di utenti, caratterizzati da una particolare situazione di vita, pensiamo ad esempio al lutto, ed anche con i colleghi medici o pediatri, laddove ad esempio emergano dinamiche relazionali conflittuali o segnate da un rilevante stress psicologico, e si differenzia quindi notevolmente da un approccio tecnico psicoterapeutico.

Il ruolo dello psicologo di assistenza primaria, per riprendere l'esempio suddetto, potrebbe essere quello di esplorare insieme al paziente inviato dal medico, che non ha una domanda propria, quali sono i suoi pensieri e sentimenti rispetto a quanto gli è stato indicato. Lo psicologo metterebbe in atto quello che viene chiamato percorso motivazionale, che, senza alcuna determinazione a senso unico, potrebbe portare ad una richiesta responsabile in prima persona di un percorso psicoterapeutico. Questo eviterebbe anche quella situazione in cui la psicoterapia viene dispensata come fosse un farmaco, come fosse un intervento chirurgico: *“quel paziente ha bisogno di psicoterapia”*.

In sintesi in un'ottica epistemologica dei sistemi complessi e secondo la teoria della tecnica della analisi della domanda lo psicologo di assistenza primaria è prima di tutto un esperto di relazioni e di significati dei campi relazionali. Si annuncia il superamento del modello duale nel contesto di un campo di cura multidisciplinare diverso dal modello consulenziale.

Proposte: funzioni, inquadramento e formazione

La nostra proposta si sostanzia quindi nella **istituzione di un servizio di Psicologia di assistenza primaria**. La sua collocazione sarebbe all'interno delle Case di Comunità in stretta integrazione con i servizi di Medicina Generale e di Pediatria di Libera Scelta, quindi come articolazioni del sistema sanitario regionale.

Da quanto finora argomentato ne discende che le **funzioni principali** della psicologia di assistenza primaria sono le seguenti:

- affiancamento al MMG e al PLS per ampliare la visione e l'ascolto delle problematiche portate dalle persone, cioè un'analisi della domanda degli utenti; si tratta di una funzione generalista, di primissima e larga accoglienza, con poi la possibilità di intervenire con in setting focalizzati brevi o con interventi di comunità;
- promozione delle risorse personali o familiari della persona o delle persone che si rivolgono allo psicologo, implementare strategie di coping adeguate sia con interventi brevi individuali, di gruppo e di comunità;
- selezione dei casi da inviare ai servizi specialistici, territoriali e/o ospedalieri, laddove se ne ravveda la necessità.

La continuità terapeutica in rapporto ad eventuali problematiche di disregolazione emotiva legate a quadri di malattie croniche si svolgerebbe in condivisione progettuale con i servizi di psicologia ospedaliera.

Per un servizio di questo tipo l'inquadramento contrattuale potrebbe essere pensato in modo analogo a quello dei MMG e PLS, ovvero un **contratto nazionale nella forma della convenzione di specialistica ambulatoriale**.

Al fine di garantire uno stretto collegamento con i servizi specialistici delle aziende sanitarie territoriali od ospedaliere gli psicologi di assistenza primaria dovrebbero far parte della **Funzione Aziendale di Psicologia** (o laddove non sia presente della UOC di Psicologia), che cura e monitora il passaggio dalla accoglienza ed il primo intervento della psicologia di assistenza primaria alla psicologia clinica declinata nei servizi di secondo livello.

Per il ruolo professionale si può prevedere una **formazione post universitaria ad hoc di tre anni**, durante i quali, fin dal primo anno, sarebbe prevista una quota di lezioni teoriche (psicologia clinica, teoria della tecnica, psicologia della salute, psicologia di comunità), una quota di lezioni sulla organizzazione dei servizi sanitari regionali ed una quota di ore di tirocinio presso le Case di Comunità. I docenti dovrebbero quindi essere psicologi sia universitari che dirigenti delle aziende sanitarie e/o ospedaliere. I corsi di formazione dovrebbero fare capo alla Regione in collaborazione con le aziende sanitarie ed i corsi di Laurea in Psicologia.

La Regione dovrebbe mantenere il ruolo di monitoraggio del bisogno e delle attività della psicologia di assistenza primaria attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro che comprenda rappresentanti dell'Ordine Regionale degli Psicologi, dei principali sindacati di categoria, dei Corsi di Laurea in Psicologia e delle Aziende Sanitarie.

Bibliografia

- Arcidiacono C. Francescato Mazzoli Zani B. (2017) Competenze psicologiche per l'intervento di Comunità Atti della giornata di studio SIPCO Napoli 17.11.2016
- Arcidiacono C., Tuozi T. (2017). Psicologi campani...al lavoro! Napoli, Ordine degli psicologi della Campania.
- Berardi, D., Leggieri, G., Ceroni, G. B., Rucci, P., Pezzoli, A., Paltrinieri, E., ... & Ferrari, G. (2002). Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Family Practice*, 19(4), 397-400.
- Berardi, D. (2008). Cure primarie e disturbi psichiatrici comuni: una risorsa per la salute mentale?, Relazione al convegno annuale della Società italiana di Epidemiologia Psichiatrica, Perugia.
- Bertini (2011) Psicologia della salute. Milano Cortina
- Blount, A. (2003). Integrated Primary Care: Organizing the Evidence. *Families, Systems, & Health*, 21(2), 121-133.
- Carli e Panizza (2003) Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica.
- Ceruti M. (2014) La fine dell'onniscienza. Epistemologie della complessità.

Derksen, J. (2009). Primary care psychologists in the netherlands: 30 years of experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 493-501. doi:10.1037/a0015743

Lazzari D. (2019) *La psiche tra salute e malattia*

Liuzzi, M. (2016). *La Psicologia nelle cure primarie. Clinica, modelli di intervento e buone pratiche*. Bologna Il Mulino.

Liuzzi M. (2024) *Interventi psicologici brevi*. Libreriauniversitaria.it Edizioni

Lisy et al (2018) The prevalence of disability among people with cancer, cardiovascular disease, chronic respiratory disease and/or diabetes: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc*.

Nelson G., Prilleltensky I. (2005), *Community psychology. In pursuit of liberation and well-being*, NewYork: Palgrave Macmillan

Solano, L., a cura di. (2011a). *Dal Sintomo alla Persona. Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base*. Milano FrancoAngeli.

Solano, L. (2011b). Offrire risposte dove emerge la domanda: Uno psicologo di base nello studio del medico di medicina generale. In *La professione di psicologo*, *Giornale dell'ordine Nazionale degli psicologi*, 11-14.

Solano, L. (2013). *Tra mente e corpo – come si costruisce la salute*. Milano: Raffaello Cortina

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=117021