

Uno Psicologo di Base accanto al medico di medicina generale: l'esperienza della Scuola di Salute di Roma

Luigi Solano

Abstract

E' noto come almeno il 50% delle richieste che le persone rivolgono ai medici di Medicina Generale, dietro la proposta di un sintomo somatico, esprimono disagi di tipo relazionale/esistenziale, spesso in fasi molto precoci, in cui l'intervento potrebbe essere breve ed agevole: non sempre però il medico è in grado di offrire una risposta, e quindi finisce per ricorrere all'effettuazione di analisi e alla somministrazione di farmaci di cui per primo riconosce la dubbia utilità. Una risposta mediante invio ad uno psicologo appare problematica data la difficoltà ad identificare sia i pazienti da inviare che modalità di invio opportune. L'accettazione di un invio da parte del paziente appare comunque poco probabile, nel momento che il contatto con uno psicologo è tuttora gravato da forte stigmatizzazione sociale.

Viene quindi descritta un'iniziativa, attuata dalla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute della Sapienza di Roma, di inserimento di psicologi specializzandi negli studi di Medici di Medicina Generale, nel consueto orario di ambulatorio, in copresenza con il medico. Questa pratica ha permesso di realizzare un approccio olistico e precoce al disagio presentato, senza la necessità di una richiesta specifica da parte del paziente. In un piccolo numero di casi, è stato proposto ed attuato un approfondimento più formale con lo psicologo in tempi e spazi separati. I casi clinici sono stati sempre discussi tra i due professionisti e supervisionati in riunioni almeno quindicinali da un docente della Scuola.

Finora l'esperienza, che dura da 20 anni, ha coinvolto 31 psicologi specializzandi, per 3 anni ciascuno, in studi medici di diverse regioni d'Italia; ha mostrato di essere del tutto fattibile, pur richiedendo un certo periodo di "rodaggio" tra le due figure professionali. I pazienti hanno accolto con molto favore la presenza dello psicologo e, come atteso, hanno adottato spontaneamente un approccio molto più ampio al proprio disagio. In due casi in cui è stato possibile avere i dati, si è registrata una sensibile diminuzione della spesa farmaceutica, rispettivamente del 17 e del 14%. Una vignetta clinica illustra come la scoperta e la narrazione di una difficile situazione di vita presente dietro un sintomo somatico non solo abbia portato alla risoluzione del sintomo stesso, ma abbia facilitato l'attraversamento di una importante fase del ciclo di vita.

Parole chiave: Psicologo nell'assistenza primaria, Medico di Medicina Generale, sintomi somatici, domanda psicologica

Introduzione: presupposti clinici, empirici, teorici dell'esperienza

La proposta dell'inserimento di uno Psicologo nell'assistenza primaria accanto al Medico di Medicina Generale (MMG) e non come servizio separato nasce da una attenta analisi:

- della domanda che giunge al MMG e conseguente attuale risposta;
- dei problemi inerenti la collaborazione medico-psicologo.

La domanda psicosociale che giunge al Medico di Medicina Generale

Numerose ricerche, dagli studi pionieristici di Balint (1957), a indagini empiriche più recenti e sistematiche (ad es. Katon, 1985), hanno confermato un dato ben noto agli operatori sanitari: almeno il 50% delle richieste che pervengono ai Medici di Medicina Generale esprimono un disagio di tipo relazionale/esistenziale più che un problema somatico. Uno studio dell'Istituto superiore di Sanità (Lega e Gigantesco, 2008) mostra che il 38% delle persone si rivolge per un disagio psichico (chiaramente riconosciuto) soltanto al MMG.

Inoltre, una vasta mole di ricerche di quella che viene comunemente detta psicosomatica (vv. ad esempio Solano, 2013) ha rilevato che anche il disagio che prende forme somatiche (comprese quelle organiche) nella maggior parte dei casi riconosce cause anche (o soprattutto) psicosociali: relazionali, intrapsichiche, storico/traumatiche, legate al ciclo di vita.

Appare quindi evidente come la richiesta che perviene al Medico di Medicina Generale necessita di un accoglimento anche ad un livello diverso da quello somatico. In mancanza di questa risposta, i sintomi possono persistere o peggiorare, con incremento esponenziale delle richieste di intervento e quindi di spesa per il paziente o il servizio sanitario (Bass e Murphy, 1990; Shaw e Creed, 1991). Nel tentativo di fornire risposte sul piano solo biologico, può spesso accadere che il medico *ricorra all'effettuazione di indagini e alla somministrazione di farmaci di cui per primo riconosce la dubbia utilità* (1). Lo storico lavoro di Balint (1957) offre resoconti estremamente illuminanti del lungo, a volte incessante, peregrinare dei pazienti tra visite specialistiche, radiografie, ricoveri ospedalieri, talvolta inutili interventi chirurgici; finché qualcuno – all'interno dell'esperienza di supervisione ai medici descritta nel testo - arriva a parlare di argomenti diversi.

Di particolare interesse rispetto all'obiettivo di un intervento precoce, il disagio psicosociale che giunge allo studio del MMG è spesso allo stato nascente, o comunque è la prima volta che viene formulata una richiesta d'aiuto (laddove nella comune attività psicologico-clinica ci si trova in genere di fronte ad un disagio che si trascina da anni). Alcuni studi hanno mostrato che persone che hanno commesso suicidio si erano recate nel mese precedente dal loro medico di base nel 55% circa dei casi (Pirkis & Burgess, 1998; Louma et al., 2002; Rodi et al. 2010), una frequenza ampiamente superiore alla media. Laddove fosse disponibile in quella sede un ascolto che non si limiti alle condizioni fisiche degli utenti, questo aprirebbe possibilità di prevenzione del suicidio probabilmente maggiori di qualunque altro tipo di iniziativa in merito (Palma, 2013).

Il destino successivo della persona, dopo la prima manifestazione del disagio, dipende dalla risposta che incontra. In molti casi, come detto sopra, la risposta – per mancanza non di impegno professionale ma di competenza - è di tipo biologico. Se

le diverse analisi non mostrano nulla, il paziente si ritrova con una etichetta di “malato immaginario” che si aggiunge ai suoi problemi preesistenti; se si trova qualcosa, il paziente può trovare rifugio nella convinzione di avere una malattia “vera”. Comunque, nella misura in cui il disagio psicosociale originario non viene affrontato, si potranno avere malattie somatiche più gravi o potranno comparire disturbi psichici evidenti, i quali a questo punto, con grave ritardo (Lega e Gigantesco, 2008), essere oggetto di trattamento.

Come offrire un ascolto più globale? Affidare tutto a una formazione psicologica del medico propone ad un professionista il compito improbo di svolgere contemporaneamente due funzioni molto diverse e di ritrovarsi esposto ad un transfert di intensità raddoppiata; tale compito appare oggi sempre più difficile per la sempre crescente differenziazione teorica tra Medicina e Psicologia e per il notevole aumento delle nozioni da apprendere in entrambi i campi.

Una metanalisi di diversi lavori scientifici (Bower e Gilbody, 2005) ha mostrato che non si ottengono miglioramenti significativi nella salute dei pazienti con interventi di formazione psicologica o di consulenza al medico, mentre si ottengono mediante *una qualche forma di collaborazione interdisciplinare* tra medici e psicologi, che non appare quindi eludibile.

La collaborazione medico-psicologo

Le vie più comuni di collaborazione sono l’invio del paziente ad uno psicologo da parte del medico o la richiesta di consulenza (in ospedale). Queste appaiono però problematiche per due ordini di fattori:

1) la progressiva differenziazione e difficoltà di comunicazione tra Medicina e Psicologia:

a) Modelli diversi *sull’origine* della salute e della patologia.

Il modello medico tende a privilegiare l’importanza di fattori biologici e fisici ambientali nel determinare la patologia somatica.

Il modello psicologico tende a considerare anche una componente psicologica e sociale per ogni tipo di disturbo (Engel, 1977) che merita quindi di essere affrontato sotto tutti questi versanti. Inoltre, salute e malattia vengono viste non solo in termini di patologia individuale, ma come connesse al rapporto tra l’individuo e il suo contesto relazionale (Solano, 2013, capp.13 e 16) e al rapporto tra l’individuo e il momento del suo ciclo di vita. La salute viene vista non solo come assenza di malattia, ma legata alle *risorse* che l’individuo ha a disposizione: concetti quali life skills (Bertini *et al.*, 1999); dimensioni del benessere (Ryff 1989); capacità di identificare, elaborare, regolare le emozioni (Taylor *et al.*, 1997).

b) Modelli diversi rispetto alle *indicazioni* per un intervento psicologico.

Quando il medico accetta l’importanza di fattori psicosociali tende a rappresentarli in termini di *disagio psichico esplicito*; o in situazioni che richiedono frequenti interventi per sintomi somatici privi di cause organiche (frequent attenders); o in

pazienti che non seguono le prescrizioni o che inducono altri tipi di problemi relazionali. Si tende quindi ad inviare allo psicologo questo tipo di pazienti.

Rimangono fuori dalla possibilità di invio allo psicologo:

- pazienti fortemente alessitimici (Solano, 2013, cap.11), quindi altamente a rischio di patologie somatiche anche serie, che potranno essere visti come molto tranquilli ed equilibrati;
- pazienti con malattie organiche chiare e conclamate, in cui una origine psicosociale non viene ipotizzata (Solano, 2013, pp. 439-440);
- soggetti che mostrino “solamente” una mancanza di realizzazione rispetto al momento del loro ciclo di vita (es. un uomo di 30 anni privo di partner e di lavoro, che vive ancora in casa con i genitori).

c) Modelli diversi rispetto alle modalità di invio.

In Medicina l'invio (visite specialistiche, analisi) viene *prescritto*; il paziente deve solo aderire, e prestare la propria collaborazione passiva. L'invio a uno psicologo può essere invece solo una *proposta*, e necessita che il paziente trovi una motivazione personale ad un lavoro su sé stesso tutt'altro che passivo.

Un invio non può avvenire solo “per esclusione” di origini organiche del problema, ma dopo aver individuato delle problematiche psicologiche rispetto alle quali motivare la proposta al paziente; non sempre il medico ha le competenze per effettuare questa rilevazione.

2) La posizione sociale della Psicologia:

a) Quanto è difficile *decidere di consultare uno psicologo*

L'accesso ad uno psicologo appare tuttora molto problematico per scarsissima presenza a livello pubblico e *perdurante pregiudizio sociale* nei confronti di chi utilizzi un operatore della salute mentale.

Il pregiudizio si basa sull'assunto che tale utilizzo riguardi soltanto alcune persone, considerate più o meno benevolmente a seconda dei periodi storici, ma sempre viste come una *categoria a parte*, in cui nessuno ambisce di entrare. La concentrazione degli interventi nelle fasce di disagio più “gravi” non fa che rinforzare il pregiudizio.

Tali difficoltà fanno sì che il ricorso allo psicologo avvenga in genere in tempi *drammaticamente tardivi* rispetto all'esordio del problema. A questo punto risultano necessari interventi lunghi e intensivi, con rinforzo del pregiudizio.

Uno studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità (Lega e Gigantesco, 2008) ha rilevato che *solo il 16%* delle persone che dichiaravano di aver sofferto di disturbi mentali si era rivolto a qualcuno.

b) Quanto è facile *parlare con uno psicologo che c'è*.

Ci riferiamo a situazioni in cui qualcuno si trova davanti uno psicologo senza doverlo cercare, cioè senza dover a priori riconoscere di averne bisogno.

Un episodio storico è il caso di Katharina (Breuer e Freud, 1892-1895, p.285 ed.it.), laddove la ragazza incontra casualmente Freud come cliente di un rifugio alpino dove lavorava. Tra i casi di mia conoscenza diretta appare emblematico il quello di una

donna di 45 anni (Solano, 2011, pp. 72-73) che, dopo una drammatica catena di vicende iniziata con un aborto a 20 anni e culminata in un ricovero ospedaliero appunto a 45, riesce per la prima volta - e con apparente facilità - a raccontare la sua storia ad una psicologa che si trova appunto davanti perché chiamata in consulenza dai medici del reparto.

Lo Psicologo di Base

Si è quindi riconosciuta la necessità di avvicinare la psicologia alla popolazione generale, che in genere non accede ai servizi specialistici perché insufficienti e comunque gravati da forte pregiudizio sociale.

Tra le diverse esperienze nazionali e internazionali possiamo ricordare:

- L'esperienza olandese del Primary Care Psychologist (Derksen, 2009)
- Il progetto Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in Gran Bretagna (Liuzzi, 2016, pp. 128-130)
- Un progetto del comune di Carmignano e limitrofi del Veneto (Carolli e Bogoni, 2013).

Tutte queste esperienze utilizzano il “Modello della consulenza”: il soggetto accede allo psicologo *su indicazione del medico* cui era stata primariamente indirizzata la domanda. Se esse ottengono certamente lo scopo di avvicinare alla popolazione lo psicologo, non permettono però di trovare soluzione a molti problemi descritti in questo lavoro, poiché, come sopra descritto, il medico tende ad inviare quasi esclusivamente persone *con disagio psichico esplicito*.

Gli utenti sono quindi *persone* che sono già riuscite ad *esprimere chiaramente in termini psichici il loro disagio*, e ad accettare di definirsi come “bisognose di assistenza psicologica”. Di fatto la maggior parte degli utenti di questi servizi risultano – come atteso - portatori di disturbi classificabili secondo il DSM. Rimane quindi inascoltato il disagio che prende soltanto una forma somatica o comunque diversa dalla sintomatologia psichica. Last but not least, lo scambio interdisciplinare è molto ridotto.

Come rispondere adeguatamente alla domanda psicosociale che giunge all'Assistenza Sanitaria Primaria: uno Psicologo accanto al Medico di Medicina Generale

Allo scopo di rispondere adeguatamente alla domanda psicosociale che giunge all'Assistenza Sanitaria Primaria si è sperimentata una modalità di intervento in cui lo Psicologo è collocato *accanto al MMG*. Questo permette di realizzare un servizio di Psicologia di Base:

- diretto *all'intera popolazione*, non ad una particolare categoria di sventurati, evitando quindi agli utenti di essere etichettati come "disagiati psichici";
- dove si può essere aiutati a *risolvere dei problemi* – quali possono capitare a tutti - non dove si “curano” “patologie”;
- dove *non sia necessaria una specifica domanda psicologica* da parte del paziente;

- dove l'intervento dello psicologo *non sia subordinato* alla valutazione del Medico;
- dove d'altra parte l'intervento avvenga quanto più possibile in stretta connessione con quello del Medico, in modo da realizzare una *re-integrazione* dei saperi e delle competenze;
- in grado di rendere *più familiare* la figura dello psicologo, anche in vista di ulteriori interventi nell'arco della vita;
- in grado di intervenire *in una fase del disagio iniziale*;
- in grado di offrire un ascolto che prenda in esame, oltre alla condizione biologica, anche la situazione *relazionale, intrapsichica, di ciclo di vita* del paziente;
- in grado di *limitare la spesa* per farmaci, analisi cliniche e visite specialistiche, nella misura in cui queste derivino da un tentativo di lettura di ogni tipo di disagio all'interno di un modello esclusivamente biologico.

L'Esperienza della Scuola di Specializzazione di Psicologia della Salute di Roma: cornice generale

Dal 2000, *31 Psicologi*, specializzandi in Psicologia della Salute, hanno garantito la loro presenza *per 3 anni ciascuno* presso lo studio di un Medico di Medicina Generale (a: Orvieto, Roma e dintorni, Rieti, Pordenone, Firenze, Siena, Pisa, Nuoro, Avezzano) come forma di tirocinio.

Lo psicologo è presente per un turno la settimana *seduto alla stessa scrivania* insieme al medico (modello della copresenza). In un giorno diverso lo psicologo effettua colloqui individuali in casi selezionati. *Un cartello* in sala di attesa comunica l'iniziativa ai pazienti, indica il turno di presenza dello psicologo, e chiarisce la possibilità, ove lo si desidera, di essere ricevuti solo dal medico.

I casi clinici e l'andamento generale dell'iniziativa vengono discussi in *riunioni quindicinali* coordinate da due docenti della Scuola di Specializzazione, cui partecipano gli psicologi specializzandi e, quando disponibili, anche i medici.

Nel corso del tempo il progetto è stato descritto in diverse pubblicazioni nazionali e internazionali. Il resoconto più completo è contenuto nel volume *Dal Sintomo alla Persona* (Solano, 2011).

Il modello della copresenza è stato adottato in Medicina Generale anche da: Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università di Bergamo (Prof. P. Braibanti); Primary Care Psychology (PCP)-Research Centro Studi, ASL TO2, Torino (Liuzzi 2016, pp. 262-271); Master: "Lo Psicologo di Base nell'Assistenza Primaria" (2014-2015), Sapienza, Roma; Ambito Territoriale Sociale di Galatina, LE (Esposito et al., 2019).

Risultati dell'esperienza

L'esperienza ha mostrato di realizzare in buona misura le esigenze delineate nel paragrafo precedente. Desideriamo sottolineare che scopo principale dell'iniziativa non è stato di fare della "piccola psichiatria" in casi con disagio psichico evidente, ma di sforzarsi di *dare un senso in ogni caso al disturbo portato dal paziente*, sia nella

sfera psichica che in quella somatica, all'interno della sua situazione relazionale e di ciclo di vita. La figura dello psicologo della Salute è apparsa particolarmente adatta per la tendenza ad approcciare le situazioni in termini di *problemi da risolvere e non di patologie da identificare*, e ad intervenire soprattutto in termini di *promozione delle risorse personali*.

Illustrazione dell'esperienza attraverso l'analisi di una vignetta esemplificativa (narrata in prima persona dalla psicologa, Dr.ssa Antonietta Dattola)

Incontro Filippo in un giorno di co-presenza all'ambulatorio medico: ha 32 anni e due occhi azzurri e spenti.

Viene dal medico settimanalmente per controllare la pressione perché ha avuto degli episodi di lieve ipertensione nell'ultimo periodo. Questa volta in particolare durante la notte ha avvertito dei dolori al braccio sinistro e temuto l'"inizio di un infarto".

La dott.ssa lo visita: la pressione è nella norma e il dolore al braccio appare dovuto a un'inflammatione della zona cervicale. Filippo lamenta anche di avere fastidi allo stomaco subito dopo mangiato. Gli viene prescritto un antinfiammatorio per il collo e un antiacido per lo stomaco.

La presenza della psicologa permette però a Filippo di esprimere un senso di agitazione e la ricerca di uno spazio all'interno del quale raccontarsi. Gli propongo di provare a spiegarci meglio come si sente in questo momento, dato che ho la sensazione che le risposte farmacologiche non contengano più le sue richieste, forse non solo di "attenzione" ma di essere aiutato a comprendere una situazione.

Filippo prende una gigantesca cartellina piena di analisi e cartelle mediche e racconta di tre attacchi di ansia che ha sviluppato negli ultimi tre mesi: in ognuna delle situazioni ha provato una palpitazione violenta al cuore, una sensazione di soffocamento, il timore di perdere il controllo, la paura di una malattia o di una catastrofe improvvisa.

Lavora alla reception di un albergo e sta per ricevere una promozione lavorativa dalla quale spera di non fuggire come ha fatto in passato. Inoltre, sta per sposare la fidanzata, che è affetta da artrite reumatoide dall'età di quindici anni. Anche rispetto a questo è piuttosto agitato. È molto legato alla sua famiglia di origine, però sente che il padre, la madre e i due fratelli lo chiamano spesso solo per chiedergli di risolvere i loro problemi.

Appare evidente una tendenza a evitare sistematicamente gli eventi che lo preoccupano e soprattutto le emozioni che lo turbano, rifugiandosi nell'idea di una nuova malattia da scoprire e sconfiggere con una pillola o un comportamento "perfetto". Filippo ha difficoltà a nominare le proprie emozioni, a comunicarle all'altro e a vivere una propria identità diversa da un ruolo salvifico all'interno delle relazioni. Gli propongo una serie di incontri separati con me.

Facciamo in tutto otto colloqui. Negli ultimi incontri Filippo mostra di aver capito che parlare può produrre un cambiamento reale e che la capacità di pensare a quello che accade gli permette di gestire meglio gli avvenimenti. *"Se non parlo il mio corpo*

lo fa al mio posto”, riconosce. Ha accettato la promozione al lavoro e si è sposato, sentendosi abbastanza soddisfatto della propria decisione. Da diverso tempo non va più dal medico.

Filippo è un esempio di un soggetto apparentemente ben funzionante, tranquillo, “ipernormale”: ha un lavoro, una fidanzata, non porta al medico un disagio psichico esplicito. Difficilmente un medico lo avrebbe inviato a uno psicologo, difficilmente vi sarebbe ricorso in prima persona. Di fatto i rischi per la sua salute fisica erano piuttosto alti, avendo soltanto il corpo come via di espressione del proprio disagio, date le sue caratteristiche Alessitimiche, specie una difficoltà a identificare e comunicare le emozioni.

La presenza di una psicologa nello studio, senza la necessità di cercarla, *ha permesso a Filippo di affrontare tematiche diverse dal disturbo fisico*. Negli incontri, il giovane ha avuto l’occasione di elaborare una serie di tematiche passate e presenti che hanno quindi trovato una via di espressione mentale anziché somatica. E’ stato possibile inquadrare i sintomi non come qualcosa da eliminare ma come *un segnale d’allarme*, un movimento evolutivo, un attivatore di risorse (2) rispetto ad una situazione di vita difficile e conflittuale. Una notazione importante è però come questo valore evolutivo possa esprimersi *soltanto nel momento che il sintomo trova un contenitore adeguato*, in grado di sviluppare emozioni e pensieri intorno al sintomo stesso; tale contenitore raramente viene trovato nella comune assistenza medica.

Si è ridotta la spesa per analisi cliniche e visite specialistiche: Filippo ha smesso di andare settimanalmente dal medico per chiedere analisi ed esami clinici come faceva da quattordici anni.

Il lavoro del medico è stato alleggerito da una serie di richieste cui non era in grado, non per sua responsabilità ma per la specificità della sua competenza e del suo ruolo, di offrire una risposta adeguata.

Si può essere stupiti o increduli rispetto all’efficacia di un intervento così breve. In realtà questa efficacia è legata alla possibilità di intervenire *in prossimità del primo manifestarsi di una sintomatologia* e in una fase della vita altamente evolutiva. Sarebbe assurdo sostenere in generale che l’ipocondria si possa “trattare” con 8 incontri di consulenza o psicoterapia breve che dir si voglia.

Risultati Generali

L’iniziativa è risultata fattibile, da tutti i punti di vista. La grande maggioranza dei pazienti ha mostrato di apprezzare l’iniziativa. Solo in 2 casi in media, lungo tutto il corso dei 3 anni di ciascuna esperienza, un paziente ha richiesto di essere ricevuto dal solo Medico.

Risultato principale dell’iniziativa non è stato di fare della “piccola psichiatria” in casi con disagio psichico evidente, ma di *dare un senso al disturbo portato dal paziente*, sia nella sfera psichica che in quella somatica, all’interno della sua situazione relazionale e di ciclo di vita. La figura dello Psicologo della Salute è

apparsa particolarmente adatta per la tendenza ad approcciare le situazioni in termini di *problemi da risolvere e non di patologie da identificare*, e ad intervenire soprattutto in termini di promozione delle risorse personali. La maggior parte del lavoro è stato quindi svolto, in copresenza con il medico, in termini di trovare un senso ai disturbi che venivano portati, di *promozione delle risorse personali*, di accompagnamento lungo passaggi evolutivi.

In ciascuno studio medico circa 700 pazienti, più o meno la metà degli utenti, hanno avuto modo di incontrare uno psicologo. Ciascuno psicologo ha effettuato interventi significativi intorno ai 120 casi in media nel corso di 3 anni. Approssimativamente quindi, si sono realizzati in 20 anni 3.600 interventi psicologici in persone che, spesso per loro esplicita ammissione, non sarebbero mai state in grado di formulare una domanda autonoma in tal senso, per timore di uno stigma sociale, per motivi economici, ma soprattutto per un *vissuto di estraneità culturale*.

Notazioni Cliniche (da interviste ai professionisti coinvolti, Solano, 2011)

La semplice presenza di uno psicologo nello studio di Medicina Generale, evidentemente accettata e organizzata dal medico, ha modificato in modo sostanziale le aspettative dei pazienti *su quali argomenti si potessero portare e discutere* in quella sede e quindi la loro disponibilità ad approfondire tematiche non fisiche. Inoltre i pazienti si sono sentiti incoraggiati a *narrare la storia dei loro disturbi*, anche se di lunga data, in un modo diverso, con l'aggiunta di nuovi elementi, non solo per il diverso ruolo professionale della nuova figura, ma anche *per la presenza comunque di un "terzo" nel rapporto medico paziente*. I medici spesso hanno affermato di sentire l'atmosfera dello studio "alleggerita". Alleggerita, possiamo ipotizzare, dal peso di una relazione strettamente duale.

Al di là delle aree specifiche di intervento, una tematica onnipresente è stata la difficoltà di accettare una quota di autonomia e di distacco rispetto a persone significative della propria vita (in genere genitori o figli) necessaria a vivere una vita sufficientemente realizzata. E' stato notato che la coppia medico/psicologo si pone come coppia di genitori "buoni" che promuovono la crescita e lo sviluppo anziché ostacolarlo (Bonfiglio, 2012).

D'altra parte, l'integrazione della figura dello psicologo nello studio ha avuto bisogno di un periodo di "rodaggio" di diversi mesi, necessari a raggiungere un livello sufficiente di sintonizzazione e di comprensione tra i professionisti. In diversi casi un punto di svolta importante è stato non sentirsi più come due professionisti seduti dietro la stessa scrivania, ma un *team multidisciplinare*.

Effetti sui professionisti interessati

Come previsto, attraverso il lavoro congiunto, si è realizzata una integrazione di conoscenze mediche e psicologiche, in una misura che appare difficilmente ottenibile in altro modo.

I medici hanno avuto modo di verificare quanto le dinamiche emozionali e relazionali - evidenziate dal contributo dello psicologo - possano influire sugli stati di salute e malattia; hanno potuto comprendere come sia importante creare un clima di ascolto e partecipazione per il vissuto portato dal paziente.

Gli psicologi hanno imparato molto sugli aspetti biologici dell'essere umano, sui farmaci, sulle indagini cliniche, e come tutto questo possa interagire con dinamiche intrapsichiche e relazionali. Hanno avuto la possibilità di essere testimoni di conflitti ed altre problematiche umane *al momento della loro origine*, e di sperimentare l'efficacia del loro intervento in tali situazioni. Hanno avuto la possibilità di entrare in contatto con un numero di situazioni di vita molto alto rispetto ad altri tipi di attività psicologica.

Effetti del lavoro congiunto Medico-Psicologo sulla spesa sanitaria

In due casi in cui è stato possibile conoscere la spesa farmaceutica relativa agli studi prima e dopo l'ingresso dello psicologo e confrontarla con l'andamento medio della ASL, si è riscontrato un risparmio in un caso del 17%, pari a 75.000 euro in un anno, nell'altro del 14%, pari a 55.000 euro (Solano, 2011, pp.139-143).

Va notato che i risultati disponibili riguardano la sola spesa farmaceutica, mentre non è stato finora possibile ottenere dati su ricoveri, visite, esami strumentali ecc. Inoltre, i risultati ottenuti sono relativi all'impiego di tirocinanti in formazione.

Se questi risultati venissero confermati da una sperimentazione più ampia, sarebbe evidente la possibilità non solo di ripagare ampiamente la spesa relativa agli psicologi, ma *di realizzare un congruo risparmio netto per il Servizio Sanitario Nazionale*.

Iniziative diverse relative alla figura dello psicologo di base

L'ambito territoriale sociale (un consorzio di comuni) di Galatina ha finanziato nel 2018 un'esperienza molto simile a quella descritta nel presente lavoro, ove 3 psicologi sono stati retribuiti appunto dal consorzio per un periodo di un anno e mezzo (Esposito et al., 2019).

Nel Maggio 2019 è stato presentato un Disegno di Legge di iniziativa parlamentare (Boldrini et al.) per l'istituzione a livello nazionale della figura dello Psicologo di Base.

Il 27 Luglio 2020 la Regione Campania ha approvato una legge che istituisce lo psicologo di base, destinato a lavorare in collaborazione con i Medici di Medicina Generale e con i pediatri di libera scelta. Per la prima volta a livello regionale non si tratta di una mera affermazione di principio, ma è anche prevista una copertura finanziaria, anche se per il momento piuttosto limitata, che permetterà di procedere in breve tempo a instaurare delle convenzioni.

Prospettive future

Rimangono naturalmente molti problemi aperti.

Come trasferire in un contesto pienamente lavorativo quella che finora è stata quasi esclusivamente un'esperienza di formazione? Le riflessioni di questi venti anni ci portano a ritenere che la soluzione ottimale sia uno psicologo che venga assunto e retribuito dal servizio sanitario e che presti servizio in diverse strutture (servizi di salute mentale, consultori, ospedali) tra cui lo studio di un Medico di Medicina Generale, per le ore necessarie (circa 12 a settimana). Questo permetterebbe lo sviluppo di una competenza sempre più articolata nonché una facilitazione di eventuali passaggi dei pazienti a servizi specialistici, ove se ne ravvisi la necessità. In questo caso appare evidente che lo psicologo debba essere abilitato all'esercizio della psicoterapia.

In prospettiva si può immaginare che questo psicologo svolga funzioni di consulenza occasionale anche per altri medici, MMG o specialisti, applicando però sempre il modello della copresenza, cioè di svolgere una consultazione insieme al medico anziché ricevere un invio.

Si pone però comunque il problema di una formazione adeguata. Questa può essere garantita in modo ottimale da una Scuola di Psicologia della Salute, per il suo orientamento a lavorare con l'intera popolazione, alla risoluzione di problemi e alla promozione di risorse piuttosto che al trattamento di patologie, anche in assenza di una domanda specifica. È necessario pensare ad una formazione di secondo livello per psicologi specializzati presso scuole diverse, come ad esempio un Master che contempli anche un tirocinio presso un MMG.

Bibliografia

- Balint, M. (1957). *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli, 1961.
- Bass, C., & Murphy M. (1990). The chronic somatizer and the government white paper (Editorial). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83, 203-205.
- Bertini M., Braibanti P. and Gagliardi M.P. (1999). I programmi di "Life Skills Education" (LSE) nel quadro della moderna Psicologia della salute. *Psicologia della Salute*, 2, 13-29.
- Bonfiglio, B. (2012). Intervento alla presentazione del lavoro Dal Sintomo alla Persona di L. Solano, *Centro di Psicoanalisi Romano*, Roma.
- Bower P. & Gilbody S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *British Medical Journal*, 330, 839-842.
- Breuer J. e Freud F. (1892-95). *Studi sull'Isteria*. OSF I.
- Brody H. (2012). From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *New England Journal of Medicine*, 366, 1949-1951.
- Bucci W. (1997). Symptoms and Symbols. A Multiple Code Theory of Somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.
- Carollo, M., & Bogoni G. (2013). Il servizio di psicologia delle cure primarie alla Persona, tra medicina di gruppo e équipe psicologica: l'esperienza all'UTAP del

- Comune di Carmignano di Brenta. Intervento al Convegno Ordine Psicologi del Veneto: *Lo Psicologo del Territorio*, Padova.
- Derksen, J. (2009). Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 493-501.
- De Toffoli C. (2014). *Transiti corpo-mente: L'esperienza della psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli.
- Engel G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Esposito C., Palumbo A., Dell'Anna A. and Antonaci C. (2019). La Copresenza Medico/ Psicologo nell'ATS di Galatina. Intervento al Convegno: *Lo Psicologo nei Servizi alla Persona: Tra specificità ed integrazione*. Galatina (LE).
- Katon, W.(1985). Somatization in primary care. *Journal of Family Practice*, 21, 257-258.
- Lega, I., & Gigantesco A. (2008). Disturbi mentali Comuni in Italia: Il progetto EPREMED e lo studio ESEMeD. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 21, 11-15. Reperito in <http://www.iss.it/binary/publ/cont/online%20sett.1224252468.pdf>
- Liuzzi M. (2016). *La Psicologia nelle Cure Primarie*. Il Mulino: Bologna:
- Louma, J.B., Martin, C.E., & Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159, 909–16.
- Palma, L. (2013). Suicidi. Per prevenirli affiancare al medico di base un 'ascoltatore'. *Quotidiano Sanità* (online), 10 Settembre. Reperito in http://www.quotidianosanita.it/lavoro-eprofessioni/articolo.php?articolo_id=1688
- Pirkis, J., & Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 173, 462-474.
- Rodi, P.M. (2010). Suicide Victims' Last Contact With the Primary Care Physician: Report From Slovenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 280-287.
- Ryff C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Shaw, J., & Creed, F. (1991). The cost of somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 307-12.
- Solano, L. (2013). *Tra Mente e Corpo: come si costruisce la Salute*. Nuova Edizione, Raffaello Cortina: Milano.
- Solano, L. (a cura di) (2011). *Dal Sintomo alla Persona: Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base*. Milano: Franco Angeli.
- Taylor G.J., Bagby R.M. and Parker J.D.A. (1997). *Disturbi della regolazione affettiva*. Giovanni Fioriti, Roma, 2000.
- Winnicott D. (1953). *Tolleranza del Sintomo in psichiatria. Esposizione di un caso*. In: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, Cap. IX, Martinelli: Firenze 1975, 124-142.

Note

(1) La percentuale di interventi sanitari inutili è stata stimata intorno al 30% del totale (Brody, 2012).

(2) Questo modo di inquadrare il sintomo, ben noto agli psicologi per quanto riguarda la sfera psichica, può essere applicato anche ai sintomi che coinvolgono il corpo (Winnicott, 1953; Balint 1957; Bucci 1997; De Toffoli, 2014).

Luigi Solano è Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università Sapienza di Roma. Membro Ordinario con funzioni di Training, Società Psicoanalitica Italiana.
E-mail: luigi.solano@uniroma1.it