



MICHELA DI TRANI

Dipartimento di Psicologia dinamica, clinica e salute
Sapienza Università di Roma
michela.ditrani@uniroma1.it

CAMERA DEI DEPUTATI – COMMISSIONE AFFARI SOCIALI

4 ottobre 2023 - Audizione nell'ambito dell'esame delle proposte di legge recanti
"Istituzione del servizio di psicologia di base nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"
(C. 814 Ciocchetti, C. 1034 Lupi, C. 1140 Malavasi, C. 1171 Graziano, C. 1228 Di Lauro, C.
1262 Patriarca e C. 1300 Loizzo)

Signor Presidente, onorevoli Deputati,

permettetemi in primo luogo di ringraziarvi per l'invito a questa audizione e per l'opportunità che mi è stata data di apportare un contributo ai vostri lavori.

L'istituzione del servizio di psicologia delle cure primarie è un passaggio fondamentale per rispondere alle esigenze di assistenza territoriale che la pandemia da COVID-19 ha reso più evidenti ma che, in forma diversa, caratterizzano il nostro paese anche da prima del periodo pandemico.

Inoltre, vorrei evidenziare che la regolamentazione di un servizio di psicologia territoriale, accessibile, diretto, per tutti i cittadini, si connota come un chiaro posizionamento culturale delle istituzioni contro lo stigma sociale che ancora caratterizza la relazione tra la popolazione e la psicologia.

Condivido personalmente le premesse epistemologiche, storiche e culturali che le diverse proposte di legge evidenziano e cercherò, coerentemente con la mia posizione professionale e competenza, di offrire alcuni spunti dal punto di vista scientifico e formativo.

1. Le diverse proposte di legge che ho visionato evidenziano con puntualità le necessità legate alle problematiche di salute mentale che sostanziano l'esigenza sempre più pressante dell'istituzione dei servizi professionali in oggetto.



Come ricercatore e docente nell'ambito delle relazioni tra mente e corpo e dello studio del ruolo di fattori psicosociali sui processi di costruzione e mantenimento di salute e malattia, mi sento di evidenziare che una mole di letteratura scientifica sempre crescente dimostra che i fattori biologici interagiscono sempre, entro un modello eziologico multifattoriale ed interattivo con i fattori relazionali, emotivi, sociali nei processi che conducono alla formazione della patologia (così come al mantenimento della salute).

Affiancare lo psicologo al medico di medicina generale non ha solo il senso di rispondere più precocemente all'emergere di un disagio di tipo psicologico, o di prevenirlo, ma si configura come un'azione che permetterà una presa in carico globale anche del paziente con disturbo somatico.

Sappiamo infatti che moltissime delle richieste – disturbi di tipo fisico - che pervengono al medico di medicina generale esprimono un disagio di tipo relazionale/esistenziale. Inoltre, la vasta mole di ricerche della psicosomatica contemporanea ha rilevato che anche il disagio che prende forme somatiche riconosce cause psicosociali di tipo relazionale, intrapsichico, storico/traumatico, legate al ciclo di vita.

Ogni forma di disagio portato al medico di medicina generale può quindi trovare migliore soluzione se, oltre ad essere considerato in termini biologici, viene inquadrato nel contesto relazionale e di ciclo di vita del paziente.

Per questo motivo tenderei ad enfatizzare che **la funzione principale dello psicologo delle cure primarie dovrebbe essere sostenere il medico in una presa incarico globale, precoce ed efficace di ogni tipo di problematica il paziente porti, sia fisica che mentale.**

2. Un aspetto che dovrebbe essere enfatizzato è che numerosi lavori di ricerca scientifica dimostrano non solo la **maggior efficacia nella riduzione dei sintomi** (sia di natura psicologica che fisica) **di un intervento integrato medico e psicologo** in diversi setting sanitari, ma anche il sostanziale risparmio economico che ne deriva.

Nello specifico della medicina generale, l'Inghilterra ha da anni implementato un sistema di cure primarie in cui gli psicologi collaborano sistematicamente con i medici, e numerose ricerche dimostrano l'impatto di tale organizzazione delle cure in termini di costi-benefici¹.

¹ Smit et al. (2006). Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients. The British Journal of Psychiatry, 188, :330–336.

O'Shea (2019). A new approach to complex need: Primary Care Psychological Medicine first year evaluation. London: Centre for Mental Health.

Naylor et al. (2020). Mental health and primary care networks: understanding the opportunities. London: The King's Fund and Centre for Mental Health.



Appare dunque opportuno evidenziare che l'istituzione del servizio di psicologia delle cure primarie rappresenta oggi un investimento che verosimilmente porterà ad una **riduzione a lungo termine dei costi sanitari**, oltre che l'aumento del benessere dei cittadini. Opportune metodologie di monitoraggio e valutazione dell'impatto dell'implementazione dei servizi, sia in termini di efficacia nella riduzione del disagio che di diminuzione dei costi sanitari, dovrebbero essere previste nelle proposte di legge.

3. Trovo particolarmente interessante, e dal mio punto di vista opportuno, che le proposte di legge includano indicazioni relative ai modelli operativi con cui medici e psicologi andranno ad interagire entro la cornice dei servizi di psicologia delle cure primarie.

Questo non perché i dispositivi di legge debbano disciplinare le procedure professionali, ma perché queste ultime rappresentano sempre l'operativizzazione di un modello di intervento, che invece deve essere oggetto di riflessione ed indicazione.

In linea generale, la collaborazione tra i medici di medicina generale e gli psicologi delle cure primarie, in base alla letteratura e alle diverse esperienze ormai realizzate in differenti paesi, si sostanzia in tre possibilità operative, che non si escludono a vicenda, ma che fanno riferimento a modelli diversi di lettura della patologia.

a) invio del paziente, da parte del medico di medicina generale, o del pediatra di libera scelta, allo psicologo di cure primarie, cui segue la presa in carico da parte di quest'ultimo;

b) trattamento congiunto e contestuale del paziente da parte del medico di medicina generale, o del pediatra di libera scelta, e dello psicologo delle cure primarie

c) richiesta di consulenze specifiche allo psicologo di cure primarie da parte del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta

Permettetemi di concentrare l'attenzione sulle prime due proposte. L'invio da parte di un medico ad uno specialista della salute mentale non ha lo stesso valore, a livello di vissuto da parte dell'utenza, di un qualsiasi altro invio ad altra professione specialistica. In generale, perché una persona sia pronta ad accedere a un qualche tipo di attenzione psicologica non basta né che stia male (alcune ricerche evidenziano che passano in media 10 anni prima che una persona con disturbi legati a stati ansiosi chieda aiuto ad uno psicologo), né che una figura, anche se autorevole e di fiducia come il medico di medicina generale, ne dia l'indicazione.

Benché la salute mentale sia un diritto, l'accesso alle cure è un processo difficile, che incontra ostacoli culturali e sociali, legati alla storia della gestione della patologia mentale, ma anche individuali, poiché lo stigma, come spesso avviene da fenomeno collettivo diventa soggettivo quando viene interiorizzato, e si rivolge sia all'altro che a sé.

Un modo per rendere il diritto alla salute psicologica un percepito individuale è **facilitare l'accessibilità alle cure**, ed in questo sta l'enorme portata di queste proposte di legge, sostanziare cioè l'idea che, come la malattia del corpo è un evento che può connotare il nostro percorso di vita, anche le difficoltà emotive, relazionali, così dette psicologiche, fanno parte del cammino ed è una responsabilità collettiva prendersene carico.

D'altro canto, **l'unico modo per restituire unità alla mente e al corpo, perché essi così come noi li distinguiamo sono solo una costruzione culturale, è svincolare l'invio psicologico a quello medico, e rendere i due interventi maggiormente dialoganti, come nella possibilità di visita congiunta e contestuale tra i due professionisti.**

Presso la Scuola di specializzazione in Psicologia della salute dell'Università Sapienza, che ho l'onore di dirigere, da più di venti anni realizziamo un'esperienza di collaborazione in copresenza tra psicologi della salute e medici di medicina generale, che ha visto lavorare insieme circa 35 coppie di professionisti con una durata media dell'esperienza di tre anni per ogni coppia. Lo psicologo affianca il medico per un turno di studio a settimana. Non entro nei particolari dell'esperienza, ma la uso per sostanziare la **fattibilità di un modello in cui medico e psicologo lavorano insieme, in copresenza.**

Dai nostri dati, solo due pazienti in media, nel corso dei tre anni di ciascuna esperienza, hanno chiesto di essere ricevuti dal solo medico. 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 3.500 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 culturale².

La mia proposta è dunque di inserire nell'eventuale legge **diverse possibilità operative, che permettano all'utente di avere molteplici possibilità di incontro con lo psicologo delle cure primarie:**

a. accesso diretto allo psicologo delle cure primarie, come oggi avviene per il medico di medicina generale

b. visita congiunta tra psicologo e medico di medicina generale, soprattutto nei casi in cui l'utenza viene per motivi di tipo somatico, che non attiverebbero dunque un'osservazione psicologica anche se i professionisti insieme potrebbero riconoscere l'importanza di valutare tutti i livelli, bio-psico-sociale

² Per un approfondimento dell'esperienza si veda: Solano et al. (2020). L'esperienza di collaborazione tra psicologi della salute e medici di medicina generale (MMG) della Scuola di Psicologia della Salute di Roma. *Psicologia della Salute*, 1, pp. 81-93.

c. richiesta di consulenza del medico allo psicologo delle cure primarie, nei casi in cui il primo senta di aver necessità di confronto su aspetti relativi alla contestualizzazione psicosociale del caso, su aspetti della relazione con l'utenza, ecc.

d. invio da parte del medico allo psicologo, nei casi di esplicita manifestazione di disagio psicologico da parte dell'utenza o di rilevazione di indicatori da parte del medico di cui l'utente non è consapevole.

4. Rispetto all'individuazione della figura professionale dello psicologo delle cure primarie, si apre il problema di una **formazione adeguata** per questa figura professionale, che si configura come l'anello di snodo della rete di servizi sanitari territoriali, elemento di raccordo tra diverse figure professionali, portatore di un mandato di assistenza che va dalla promozione della salute, all'individuazione precoce del disagio, alla prevenzione, fino ad un primo livello di cura.

A questo proposito, le proposte di legge prefigurano diverse possibilità, tra cui uno specifico corso annuale organizzato dalla regione sui temi relativi alla figura professionale in oggetto, accessibile a tutti gli psicologi con laurea magistrale. Altre proposte esplorano invece la possibilità di una formazione maggiormente strutturata, legata a percorsi di specializzazione già esistenti o da costruire ad hoc.

Pur comprendendo la necessità di rendere fattibile e realizzabile la progettualità legata alle proposte, esprimo le mie perplessità sulla possibilità che in un anno di corso, anche psicologi che non hanno avuto nessuna altra esperienza nel SSN e marginale esperienza clinica (tre anni di iscrizione all'Albo professionale) abbiano la possibilità di maturare le competenze necessarie ad un lavoro tanto complesso. Ricordiamo che per divenire medico di medicina generale è necessario sostenere tre anni di specializzazione, proprio perché le competenze tecniche richieste sono molteplici e complesse da sviluppare.

Nell'esperienza della Scuola di specializzazione in Psicologia della salute, almeno due anni di formazione su campo (didattica più tirocinio professionalizzante) appaiono necessari sia allo psicologo che al medico di medicina generale, per entrare in una dinamica di collaborazione, scambio, integrazione di prospettive, **un lavoro transdisciplinare che non può essere dato per scontato per nessuno dei due professionisti.**

Sarebbe opportuno dunque definire in maniera chiara che la formazione degli **psicologi delle cure primarie** deve essere una **formazione specialistica**, che può attingere alle risorse già esistenti nel panorama delle Scuole di specializzazione in psicologia con un orientamento specifico alla gestione della salute, integrando le attuali proposte formative con percorsi costruiti appositamente per il lavoro in questo ambito.



In conclusione, nel ribadire l'onore a prendere parte a questo spazio di approfondimento e confronto, auspico che non solo la figura dello psicologo delle cure primarie venga istituita, ma che dia l'avvio ad **una riorganizzazione più generale della presenza psicologica nel territorio**, come disciplina in grado di *promuovere azioni partecipate e responsabili di costruzione della salute*, accanto ad attività di *rilevazione del rischio e prevenzione*, nonché di *consulenza e sostegno* entro i percorsi di presa in carico e gestione delle patologie, in una prospettiva di integrazione con altre figure professionali che accompagnano i cittadini nel ciclo di vita e nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità individuale nei confronti delle scelte relative alla salute.

Michela Di Trani