

*Guido, i' vorrei che tu e Lapo ed io
fossimo presi per incantamento
e messi in un vasel, ch'ad ogni vento
per mare andasse al voler vostro e mio;
sì che fortuna od altro tempo rio
non ci potesse dare impedimento,
anzi, vivendo sempre in un talento,
di stare insieme crescesse 'l disio.*
(Dante, LII - Rime)

4. Dall'idea all'azione

Claudia Zamin, Attà Negri, Giulia Parisi & Anna Paladino

4.1 L'esperienza di Medico&PsicologoInsieme

Dal 2014 alcuni psicoterapeuti libero-professionisti con attitudine alla ricerca - coordinati dal Prof. Attà Negri dell'Università degli Studi di Bergamo - ha iniziato ad interrogarsi sulle criticità e possibilità di sviluppare una reale integrazione tra medicina e psicologia. L'analisi di esperienze nazionali ed internazionali sull'argomento (BOX A) è stato il filo di Arianna che ha condotto alla conoscenza di collaborazioni più o meno strutturate tra psicologia e medicina territoriale. Riteniamo che i MMG (come i pediatri di libera scelta) rientrino tra le figure professionali che maggiormente assistono all'avvicinarsi delle storie familiari e sono osservatori privilegiati dell'evoluzione delle persone.

Nel Lazio, il prof. Solano (2011) aveva già da tempo sperimentato la collaborazione tra MMG e psicoterapeuti attraverso la copresenza di medico e psicologo* durante le visite e, laddove necessario, attraverso la consultazione* psicologica.

A partire dall'interesse verso questa esperienza, ci siamo chiesti se e come fosse possibile tradurlo nella realtà milanese. Partendo dalla convinzione che ciascun territorio possiede delle peculiarità geografiche, storiche, culturali, e considerando il decentramento sanitario su base regionale, il gruppo di ricerca ha adottato un approccio di ricerca - intervento per "conoscere insieme e costruire con i medici" una possibile collaborazione.

Adottando un approccio multi-metodo, tra il 2014 e il 2016 è stato inviato un questionario *on line* ad un campione di MMG di Milano e, a coloro che si sono mostrati disponibili, è stata anche somministrata una intervista semistrutturata. L'obiettivo della ricerca era di comprendere quale fosse la visione dei MMG rispetto alla psicologia e agli psicologi, sondando anche eventuali forme di collaborazione nella realtà di Milano. Contemporaneamente in quel periodo, in regione Lombardia si stava approvando la riforma del servizio sociosanitario lombardo (L. 23/2015) che spingeva, almeno sulla carta, verso la costituzione di team multidisciplinari.

In questa prima ricerca è stato constatato come spesso le competenze e gli strumenti dello psicologo* siano poco chiari, a volte confusi con quelli di altri operatori; questo in parte aiuta a comprendere la scarsa collaborazione tra le due figure che, qualora presente, si traduce nell'invio del paziente come ad un qualunque altro "specialista" (BOX B).

Lo step successivo della ricerca - intervento ha previsto la costituzione di focus group sia con MMG "esperti" - ricontattando alcuni della precedente fase - e MMG in formazione (Accademia di Polis Lombardia, 1,2,3 anno). L'obiettivo riguardava l'analisi degli aspetti interpersonali/emotivi/strategici nella relazione con il paziente, l'atteggiamento dei MMG rispetto alla collaborazione interprofessionale ed eventuali forme di collaborazione MMG - psicologi ritenute utili per incrementare qualità ed efficienza.

In entrambi i gruppi (MMG esperti ed in formazione) è emersa la predominanza nell'utilizzo del paradigma biomedico*, oltre ad una certa difficoltà a confrontarsi con lo psicologo* nella gestione delle problematiche dei propri assistiti, nonostante il desiderio di lavorare in team. Tuttavia, i MMG più "esperti" sono risultati maggiormente orientati alla semeiotica e più aperti all'idea di collaborare con gli psicologi in un modo diverso dal tradizionale "invio" dei pazienti (BOX C). Infine, in occasione del 33° Congresso SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) è stato somministrato agli iscritti un ulteriore questionario sulla collaborazione medico - psicologo* che ha permesso di rilevare dati a livello nazionale e non solo regionale che di fatto sono stati confermati (BOX D).

4.1.1 Tappe del percorso

Sulla base di quanto emerso nelle diverse ricerche, insieme ad alcuni medici dei focus group, dal 2017 è stato costituito un gruppo di intervento integrato, ad oggi composto da 5 psicoterapeuti³ e

³ In base alla nostra esperienza, è opportuno che gli psicologi che intendono intraprendere questo percorso abbiano una formazione psicoterapica. Questo, come vedremo, non per "fare gli psicoterapeuti" nell'ambulatorio medico o proporre degli interventi di psicoterapia* breve. Al contrario, proprio perché ci muoviamo in un setting di cura e prevenzione, è necessario possedere una forma mentis che riesca a leggere in modo complesso e approfondito la realtà di cui intende occuparsi per scegliere accuratamente le tipologie di intervento più appropriate. Pertanto, d'ora in poi, quando si userà il termine psicologo*, si dà per scontato che sia un operatore formato anche come psicoterapeuta.

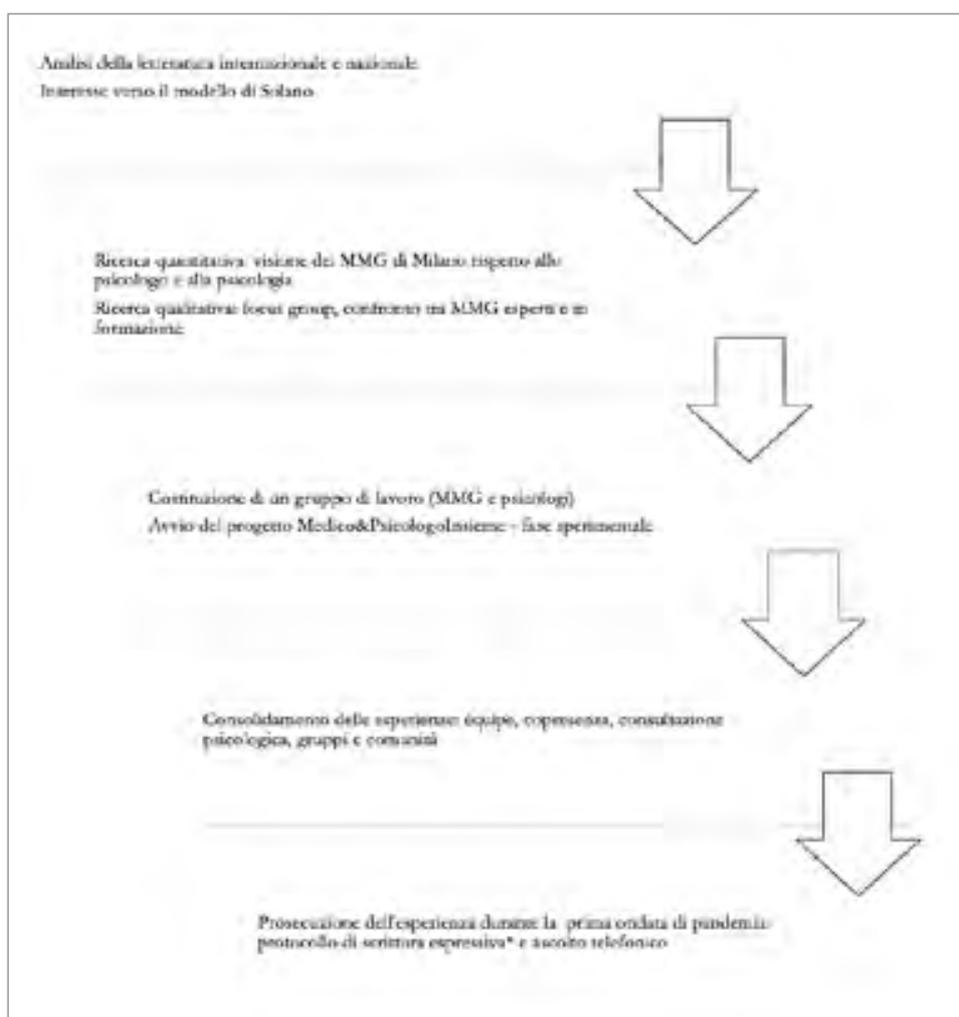


Figura 4.1 Tappe del percorso

5 MMG, coordinati dal Prof. Negri che si riconosce nel progetto “Medico&PsicologoInsieme” (negli anni si sono aggiunti anche due giovani medici che in fase di tutorato hanno avuto modo di osservare la copresenza e alcuni gruppi di cui si parlerà nel settimo capitolo).

Parimenti all'esperienza di Solano, il progetto prevede la copresenza⁴ in ambulatorio di MMG e psicologo* per due ore la settimana

⁴ La copresenza è offerta gratuitamente dallo psicologo*, la consultazione* e i gruppi prevedono un costo calmierato a carico del paziente. Si precisa che il gruppo Medico&PsicologoInsieme è sorto spontaneamente a partire dalla militanza degli operatori che è rimasta tale negli anni. Attualmente l'unica forma di compenso (calmierato) è relativa alle consultazioni psicologiche e ad alcuni interventi con i gruppi. È evidente che questo sistema non rende ragione della professionalità delle azioni offerte; nel paragrafo successivo verrà discusso in modo approfondito la questione relativa alla retribuzione economica dello psicologo*.

e le consultazioni* psicologiche, mirate nei casi necessari; l'équipe si incontra mensilmente per un costante confronto sulle esperienze maturate in ambulatorio. Nel corso di questi anni, il modello di integrazione è stato ulteriormente esteso attivando gruppi esperienziali sugli stili di vita e promozione* del benessere, nonché incontri aperti alla comunità per diffondere una cultura della salute attraverso il modello biopsicosociale*. Dopo una fase pilota, in cui tutti gli psicologi, a rotazione, sono andati per qualche tempo nei differenti ambulatori, sono state costituite delle coppie fisse in base anche agli orari e gli impegni di ciascuno.

Da ottobre 2017 ad ottobre 2018 sono stati messi a confronto gli esiti tra gli assistiti che hanno ricevuto solo la visita con il medico (258) con coloro che hanno usufruito della copresenza (270) e, successivamente, con coloro che hanno avuto accesso alla consultazione* psicologica (32), effettuando, in quest'ultimo caso, un confronto pre e post-intervento. I dati suggeriscono che la collaborazione tra medicina del territorio e psicologia, costituisce contemporaneamente un approccio salutogenico tramite la copresenza e curativo, attraverso la consultazione* psicologica (dati in corso di pubblicazione).

Dopo questa fase di raccolta dati, ciascuna coppia ha continuato l'esperienza clinica che ha posto delle solide fondamenta per affrontare la prima ondata della pandemia. L'essere già "conosciuti" dagli assistiti di ciascun MMG ha permesso di avere un contatto telefonico più semplice tra gli psicologi e coloro che lo richiedevano (la copresenza è stata sospesa per alcuni mesi e sostituita da una disponibilità telefonica da parte dello psicologo*); inoltre, sono state attivate altre possibilità di ascolto e supporto tramite un protocollo di scrittura espressiva* messo a punto durante la pandemia (BOX F). Tutto questo ha permesso al team di medici e psicologi di non perdere il contatto con i pazienti, inoltre, l'aver mantenuto le riunioni on line anche durante il lockdown, è stato un grande fattore protettivo per ciascuno. Appena le condizioni di sicurezza lo hanno permesso, sono state riprese le attività in presenza; a maggio 2021 è stato avviato un nuovo protocollo di ricerca-intervento con l'obiettivo di analizzare e favorire l'integrazione dell'esperienza pandemica all'interno dei propri sistemi di significato.

Come suggerito da alcuni autori (Milman et al., 2020), anche i nostri dati (pubblicazione in corso) hanno evidenziato che non sono tanto i fattori traumatici tipicamente associati alla pandemia (ad

esempio diagnosi di COVID, morte di un familiare, lockdown) a determinare in maniera diretta un significativo aumento del malessere psicologico (ansia e depressione). L'effetto di questi fattori traumatici sul benessere è ampiamente mediato da quanto questi stessi fattori sono in grado di mettere in discussione le credenze di base di ciascuno di noi (spiritualità e fede, fiducia nella natura umana, relazioni con gli altri, significato della vita, forza e debolezza personale) e ridefinire tali credenze alla luce degli eventi sperimentati.

È per questo che gli eventuali interventi di supporto devono mirare a favorire la capacità del soggetto di dare significato all'esperienza che sta vivendo integrandola nella sua narrativa di vita. In questo processo l'appartenenza a reti di relazione primarie e comunitarie è un fattore cruciale nella riuscita di tale processo.

4.2 Accettare di operare in condizione di relatività

Come è stato illustrato nella sezione teorica, il crollo delle certezze newtoniane porta con sé la perdita di un punto di osservazione assoluto per conoscere i fenomeni e il tramonto della formulazione di "leggi" universali. Il processo di conoscenza non avviene più per corrispondenza tra la realtà oggettiva e il ricercatore ma diviene una costruzione, in quanto fondata anche sui processi e sulle scelte operate (De Robertis, 2009). L'aggettivo "scientifico" attribuito alle discipline subisce così una revisione dei propri parametri, una sorta di "aggiornamento" dei criteri che ne garantiscono il rigore; questo è ancora maggiormente preteso nei confronti delle discipline sociali, dove la componente soggettiva è molto elevata. Tra i criteri rientrano, ad esempio, l'esplicitazione delle procedure adottate, il contesto in cui vengono applicate e il livello di analisi di cui ci si intende occupare (Kaneklin, 1993; Cardano, 2011, Corbetta, 2015); ora li vedremo nel dettaglio, calati nella nostra esperienza. Quello che è importante sottolineare, riguarda la consapevolezza di operare in condizioni di relatività ed essere in grado di esplicitare alla comunità scientifica i vincoli.

L'esperienza in oggetto è attiva dal 2014 in termini di ricerca, pensata sin dall'inizio più nell'ottica di ricerca - intervento, e dal 2016 ha previsto l'avvio anche della sezione clinica con i cittadini; è tuttora in corso, e si svolge nella Regione Lombardia, in particolare a Milano e nell'hinterland. Le zone coinvolte del capoluogo riguardano un quartiere popolare e due quartieri al confine sia con zone più cen-

trali sia di periferia; mentre le zone dell'hinterland vedono coinvolti un paesino di provincia e una città. Questo è un primo elemento di contesto.

Inizialmente alcuni psicologi con attitudine alla ricerca erano interessati ad esplorare il tema della collaborazione tra MMG e psicologo*, che ha poi trovato motivo di ulteriore stimolo nell'agosto 2015, quando è entrata in vigore la LR 23/2015. Essa valorizza, almeno sulla carta, la multiprofessionalità e il legame tra ospedale e territorio, in cui al MMG viene affidato un ruolo di raccordo. L'obiettivo è quello di creare una "evoluzione di sistema", non una semplice riforma sanitaria, data l'urgenza di bisogni di salute emergenti, quali la cronicità e l'invecchiamento. Come ben descritto nel documento AGENAS (2020), il modello lombardo si fonda su un sistema pubblico che finanzia, ma che non necessariamente eroga direttamente i servizi. La libertà di scelta del cittadino del luogo di cura, uguali diritti e doveri degli erogatori pubblici e privati accreditati, il principio della sussidiarietà orizzontale, la competitività tra il pubblico e il privato (sistema degli accreditamenti) e la separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione dei servizi rimangono punti centrali di quanto già stabilito dalla LR n. 31 del 1997. Non è questa la sede per criticare o valorizzare un modello sanitario piuttosto di un altro, l'intento è semplicemente di dichiarare il frame, in cui si inserisce l'esperienza. In Lombardia la prestazione sanitaria* risulta lo strumento principale di cura che purtroppo sovente avvia percorsi frammentati e non sempre risolutivi. Tra le conseguenze, a nostro avviso pericolose, ne sottolineiamo due. La prima riguarda l'espropriazione della natura sistemica che costituisce la salute: ovvero tendenzialmente ci si occupa di un problema alla volta, difficilmente inserendolo all'interno di un quadro biopsicosociale* e seguendo per lo più logiche di mercato. Ciò implica che anche lo "star male" può divenire una merce da acquistare, al pari di tante altre, e su cui ricavare un profitto. L'altro effetto riguarda la dimensione relazionale della salute: essa è contemporaneamente un diritto individuale e un bene collettivo da promuovere. Nel modello lombardo si valorizza sicuramente il primo aspetto, rischiando di lasciare talvolta sullo sfondo il secondo. Tuttavia, sempre secondo una "logica di sistema" non può esserci salute del singolo senza salute di coloro che gli sono accanto, il mal-essere di un individuo ha inevitabilmente ricadute sulla co-

munità in termini economici e di salute collettiva.

Sebbene nella riforma del 2015 si faccia riferimento a team multiprofessionali e alla costruzione di reti, nella realtà, sono proprio questi a mancare nel territorio. In particolare, a Milano sono ancora molti i MMG che lavorano autonomamente all'interno di un condominio e spesso alcuni microteam, laddove stabiliti formalmente, sono circoscritti agli stessi generalisti o a qualche specialista che contribuisce alle spese.

Veniamo infine alla esplicitazione del livello di analisi: medico e psicologo* insieme nel territorio. Evidentemente non si tratta di una équipe multiprofessionale; essa è ancora una collaborazione interprofessionale tra due operatori, dove l'assenza di figure quali l'infermiere di comunità, l'health city manager*, il fisioterapista o l'assistente sociale (ma la lista potrebbe continuare) è molto sentita e lo si vede bene nella narrazione di alcuni casi, come nella situazione di Maria, madre di tre figli, con la stecca al dito (Cap.3).

Tuttavia, questa esperienza può costituire un esempio e un inizio verso l'incontro tra professionisti diversi, anche in una regione con le caratteristiche della Lombardia. Se così non fosse, rimarrà comunque un incontro che ha sicuramente accresciuto le competenze professionali e individuali e la cui contaminazione ha favorito l'emergere di competenze trasversali, ormai di patrimonio dell'équipe allargata e di cui senz'altro hanno beneficiato molti assistiti. Questa collaborazione è stata possibile nonostante l'assenza di un contesto istituzionale che l'abbia formalmente riconosciuta e finanziata, ma seppur sia vero che è "è utile per chi la fa per chi la riceve", se si vuol fare della scienza servizievole che aiuti le persone, tutte, è necessario un suo collocamento nel SSN che ne preveda una retribuzione istituzionale. Veniamo, infine, all'esplicitazione delle procedure adottate: medico e psicologo* hanno incontrato insieme i pazienti pur non avendo una formazione teorica precedente sul "come fare insieme". Al contrario, più nell'ottica di ricerca-formazione-intervento (Merhy & Franco, 2003), tutto ciò è avvenuto in contemporanea. Gli operatori hanno, di volta in volta, appreso a riflettere sul proprio agire, sugli esiti e sulle variabili che hanno inciso; la dimensione clinica è sempre stata in profondo contatto con quella di ricerca, visionabile nei seguenti BOX.

BOX A. Esperienze di integrazione della psicologia nell'Assistenza Primaria

INTERNAZIONALI	
Canada	<p>In Ontario nel 1994 è nato l'Hamilton-Wentworth Health Service Organisation (HSO) Mental Health Program, un programma innovativo che ha proposto ed effettuato l'integrazione di consulenti, soprattutto infermieri e assistenti sociali, e operatori della salute mentale negli ambulatori di 87 MMG. Così per cinque anni questi differenti professionisti hanno collaborato discutendo i casi insieme, ed i medici di famiglia hanno avuto la possibilità di inviare agli assistenti sociali e/o a psichiatri e psicologi i casi ritenuti bisognosi di tali interventi (Kates et al. 2001).</p> <p>Dal 2002 grazie alla nascita del Primary Health Care Transition Fund (PHCTF), ossia di un fondo destinato a sostenere la cura a livello di salute primaria, sono nati altri vari progetti atti a migliorare i servizi di cura di base e a favorire la collaborazione tra i differenti professionisti della cura sanitaria come la Canadian Collaborative Mental Health Initiative (CCMHI), un'importante iniziativa avente come principale scopo quello di favorire la collaborazione nell'ambito della cura sanitaria.</p> <p>Ad oggi, il Governo canadese ha stabilito che ogni provincia del territorio sia sottoposta a un processo di implementazione di piani per la riforma dell'assistenza sanitaria primaria. Viene promossa una maggiore valorizzazione dell'integrazione multidisciplinare, attraverso il lavoro di équipe, per la prevenzione* e gestione delle malattie croniche.</p>
Olanda	<p>Lo psicologo* di base, Primary Care Psychologist, è una realtà operativa già da trent'anni; ogni cittadino ha il diritto a otto sedute con uno psicologo*, finanziate dall'Assicurazione Sanitaria di Base.</p> <p>Attualmente circa 6.000 psicologi lavorano con i pazienti inviati principalmente dai medici di famiglia o che direttamente accedono al servizio. Come sostiene Derksen (2009), lo psicologo* di base, lavorando in stretta collaborazione con il medico di famiglia, garantisce un supporto psicologico al paziente da una prospettiva biopsicosociale*.</p> <p>Egli, inoltre, dedica anche una notevole attenzione alla prevenzione* e promozione* della salute. In tale ambito, lo psicologo* di base deve possedere una specifica formazione, che comprende conoscenze in merito alla "promozione della salute e della prevenzione in considerazione degli aspetti sistemici, cognitivi, affettivi, sociali, interpersonali e biologici della malattia e della salute".</p>

Portogallo	<p>Nel 1996 è nato il cosiddetto Group of Family Studies (GEF), costituito da differenti professionisti sanitari, tra cui medici di famiglia e psicoterapeuti aventi l'obiettivo di diffondere l'approccio sistemico in ambito sanitario.</p> <p>È grazie a questa iniziativa che in vari centri sanitari e in alcuni ospedali, medici e psicologi collaborano quotidianamente con buoni risultati (Pereira, Fachada, Smith, 2009). In particolare, con la riforma delle cure primarie concretizzatasi nel 2005, si è assistito alla nascita delle Unità di salute di famiglia (USF). Le caratteristiche innovative e peculiari che le contraddistinguono concernono anche la costituzione di équipe multidisciplinari autonome con l'obiettivo di favorire un maggiore accesso alle cure primarie da parte della popolazione (Maciocco, 2019).</p> <p>Per migliorare la cura, sia da un punto di vista dell'efficacia sia dell'efficienza, attraverso lo strumento della contrattazione, vengono definiti degli obiettivi di miglioramento della salute e delle specifiche modalità per raggiungerli (Cossutta, 2020).</p>
Regno Unito	<p>Dal 2007 il governo ha investito nel programma IAPT (Improving Access to Psychological Therapies). Lo scopo è incrementare l'accesso ai trattamenti psicologici a livello di cura sanitaria primaria da parte dei pazienti che presentano problemi psicologici comuni, quali ad esempio ansia e depressione. La definizione di trattamenti evidence based (Wakefield et al., 2021) e la creazione di protocolli dettagliati di screening, volti all'invio precoce e preventivo di molti più pazienti ai professionisti della salute mentale, hanno permesso la riduzione delle spese sanitarie del Regno Unito e le assenze sul lavoro. Il programma IAPT ha, inoltre, favorito la cosiddetta cura collaborativa, ovvero un approccio multiprofessionale alla cura del paziente, che prevede la comunicazione tra le differenti figure professionali implicate nel processo di cura e che permette di migliorarne la qualità.</p>

Stati Uniti	<p>Negli Stati Uniti, il sistema sanitario nazionale negli ultimi anni è stato ridisegnato enfatizzando l'applicazione di diversi approcci di cura innovativi.</p> <p>Il modello di Health Care che era stato promosso dall'ObamaCare è il Patient-Centred Medical Homes (PCMH), caratterizzato da una prospettiva centrata sul paziente e dalla collaborazione tra team sanitari multidisciplinari che includono la figura dello psicologo*. Il MMG assume il ruolo di coordinatore del team di professionisti sanitari dell'ambulatorio, i quali si assumono la responsabilità della cura continuativa del paziente. Kazak e collaboratori (2017) evidenziano gli obiettivi centrali del modello:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Migliorare l'esperienza di cura; - Promuovere la salute; - Ridurre i costi pro-capite. <p>L'impostazione del modello impone allo psicologo* una rivisitazione delle tipologie di intervento utilizzate, le quali necessitano di essere adattate al contesto delle cure primarie. Altre esperienze di cura collaborativa negli Stati Uniti sono (ibidem):</p> <p>Primary Care Behavioral Health Service (PCBHS) che integra interventi di salute mentale e cure mediche per migliorare la presa in carico di pazienti che non riescono ad accedere ai servizi di salute mentale tradizionali;</p> <p>Group Health Cooperative di Seattle, un progetto nato dall'esigenza di allargare il modello di cura di salute mentale specialistica anche all'interno delle cure primarie. A partire dalla prima sperimentazione di collaborazione tra medico e psicologo* è nato un servizio di psicologia di cure primarie (Integrated Primary Care).</p>
Nuova Zelanda	<p>Stanziato nel 2019, il Wellbeing Budget prevede circa un miliardo di euro entro il 2023/24 per incrementare il benessere mentale degli abitanti della nazione. Tra le iniziative, rientra l'aumento della facilità di accesso ai servizi per disturbi mentali di intensità moderata con un particolare focus rivolto ad individui con meno di 24 anni d'età. I fondi sono mirati a istituire un nuovo modello di servizio che sarà accessibile anche tramite un professionista della salute mentale direttamente disponibile nello studio del medico di medicina generale (Wellbeing budget, 2019)</p>

NAZIONALI	
Bologna	<p>Nel 2007 sono state istituite le “Case della Salute”, in cui è presente un team multidisciplinare per garantire un intervento tempestivo e integrato senza fare ricorso alle strutture specialistiche di II livello. È prevista anche la figura dello psicologo* con compiti specifici che riguardano la psicologia delle cure primarie (Berardi et al., 2014). È possibile identificare specifiche aree integrate che favoriscono una presa in carico globale della persona, tra cui “prevenzione* e promozione* della salute; popolazione con bisogni occasionali-episodici; benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni; prevenzione e presa in carico della cronicità; non autosufficienza; rete cure palliative” (documento BURERT, 2016).</p>
Milano	<p>Un’unica esperienza che ha visto a Milano la figura dello psicologo* entrare nei contesti “primari” di assistenza e cura è quella dello “psicologo* in farmacia” (Molinari et al., 2012), che non ha avuto seguito, probabilmente per una reale mancata collaborazione e integrazione con gli altri operatori di primo livello, tra cui i MMG. Inoltre, in questa esperienza i giovani sono stati gli utenti ad usufruirne in misura minore, riducendo la possibilità di attuare una prevenzione* primaria o fornire aiuto in una fase così delicata della vita.</p>
Orvieto, Roma, Bergamo & Pordenone	<p>La Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell’Università “La Sapienza” di Roma ha iniziato nel 2000 un progetto di copresenza di medici e psicologi all’interno di 20 ambulatori di MMG di Orvieto (Solano e Fayella, 2007; Solano, 2011; Solano, et al., 2009). Per un giorno a settimana medici e psicologi effettuano visite in copresenza, a costo zero per il paziente, con l’obiettivo di ridurre la distanza tra la cura mentale e fisica, prendendo in considerazione oltre alle condizioni fisiche del paziente anche la loro situazione relazionale, intrapsichica ed evolutiva nella specifica fase del ciclo di vita.</p> <p>Già dai primi risultati del progetto si è osservato che la presenza congiunta nelle visite di medico e psicologo* è molto apprezzata dai pazienti e porta ad una significativa riduzione della spesa farmaceutica di circa il 15% (Solano, 2011).</p> <p>L’esperienza condotta presso Orvieto è stata poi estesa anche ad ambulatori di Roma e Bergamo. In particolare, a Bergamo l’esperienza coinvolge attualmente gli ambulatori di Assistenza Primaria di 7 comuni della provincia che congiuntamente finanziano l’iniziativa in base al numero di abitanti coinvolti nel progetto. Inoltre, dal 2014, a Polcenigo in provincia di Pordenone, è stato implementato il progetto “Psicologo* di base presso lo studio del Medico di Medicina Generale”. Tale esperienza, sottoposta al costante monitoraggio da parte del gruppo di supervisione del Prof. Solano, propone altresì la possibilità di dar luogo a pubblicazioni, contenenti risultati e bilanci (Falanga & Pillot, 2014).</p>

Torino	<p>Dal 2012 è attivo a Torino un progetto di cura collaborativa in alcuni studi medici di medicina afferenti all'ASL To2. Il progetto vuole fornire un servizio integrato per supportare lo staff medico nel trattamento di pazienti con disagio psicologico e relazionale (Liuzzi 2016). Gli interventi proposti hanno trovato riscontro positivo sul piano dell'efficacia clinica, appropriatezza terapeutica ed efficienza economica.</p>
Veneto	<p>Nel 2014 la Regione Veneto ha dato avvio ad una sperimentazione regionale della figura dello Psicologo* di base (DGR 59/2014). Si tratta di psicologi inseriti all'interno delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria e delle Medicine di Gruppo con il compito di coadiuvare il MMG nel trattamento di pazienti con difficoltà di tipo psicologico. Il modello di intervento è prevalentemente quello dell'invio.</p>
Umbria	<p>Nel 2018 la Regione Umbria ha avviato il progetto "La psicologia nelle Cure Primarie".</p> <p>Questa iniziativa propone l'adozione di interventi psicologici evidence based, fondati sull'integrazione tra diverse figure professionali, tra cui medici e psicologi, con la finalità di promuovere la salute e ridurre i costi del sistema sanitario nazionale.</p> <p>In particolare, lo psicologo* viene coinvolto nella valutazione e nella successiva presa in carico di pazienti che presentano sintomatologie sospette, lievi o importanti.</p> <p>Tale sperimentazione è stata positivamente accolta dai MMG coinvolti nel progetto, e dall'utenza, a dimostrazione di come le cure primarie costituiscano un: "setting adeguato al trattamento di forme di disagio di lieve/moderata intensità, sia di tipo primario che conseguente a difficoltà di adattamento a patologie organiche concomitanti, croniche o episodiche" (Proia, 2019).</p>
Puglia	<p>Nel 2012 in Puglia è stata avviata una sperimentazione, della durata di un anno, che ha previsto la collaborazione sinergica tra MMG e psicologo*, attraverso un'iniziativa denominata "Lo psicologo* di base nello studio del medico-un'analisi dei bisogni sulla popolazione della provincia di Bari". Dai risultati è stato possibile constatare come gran parte dei pazienti dell'ambulatorio del medico, consideri fondamentale la presenza dello psicologo*. Recentemente la L.R 21/2020 ha istituito la figura dello Psicologo* di base e delle cure primarie. L'obiettivo è di fornire un servizio psicologico di primo livello, in collaborazione con la medicina convenzionata e con i servizi sociosanitari del territorio.</p> <p>Lo psicologo*, in particolare, si occuperà di coordinamento e programmazione "per la psicologia territoriale nei presidi territoriali di assistenza (PTA), per i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) e delle reti" (L.R 21/2020).</p>

BOX B. Atteggiamenti e credenze dei medici di medicina generale verso la psicologia

Negri et al. (2021)

PREMESSA

Modello biopsicosociale* (Engel, 1977)

Salute secondo OMS: "stato di completo ben-essere fisico, mentale e sociale"

Esperienze del gruppo di Solano

METODO

Approccio: multi-metodo

Asse temporale: trasversale

Finalità: esplorativa

OBIETTIVI

Qual è l'attività dello psicologo* secondo il MMG?

Come il MMG gestisce le problematiche psicosociali degli assistiti?

Quali sono le esperienze di collaborazione con lo psicologo*?

CAMPIONE

325 MMG (187 M, 138 F) di Milano e Gorgonzola contattati telefonicamente - 70 hanno aderito alla compilazione del questionario

Età media: 55,91

Genere: 63% M - 37% F

Numero medio di assistiti: 1391

Dei 70 soggetti, 7 hanno partecipato ad una intervista semistrutturata

Età media: 61

Genere: 4M - 3F

STRUMENTI

Questionario costruito ad hoc e inviato on line - Intervista semistrutturata

Analisi statistiche: descrittive e correlazioni

Analisi qualitative: grounded theory

RISULTATI

1)Attività dello psicologo*

Psicologo* e psicoterapeuta* considerati come figure sovrapponibili: diagnostici e cura dei sintomi; se collaborano con MMG il loro intervento è subordinato alla cura farmacologica.

Psichiatra come regista psicofarmacologico di patologie gravi. Nessuna col-

laborazione.

Counsellor*: invio per disagio lieve, promuove il benessere, talvolta media tra MMG e pazienti.

I MMG propongono sempre una consulenza psicologica nel caso di: disturbi psicosomatici (100%); disturbi psichiatrici (95%); fumo-alcol-obesità (85%); problemi andrologici (77%), oncologici (75%) e di dolore cronico (65%).

I MMG non propongono mai consulenza psicologica nel caso di problemi: chirurgici (83%), diabetologici (80%), endocrinologici (74%), cardiologici (57%), dermatologici (51%) e ginecologici (51%).

Gestione delle problematiche psicosociali degli assistiti:

Se di lieve entità e non preclude compliance, il disagio viene gestito nella relazione con MMG; quando sfocia in psicopatologia, c'è l'invio allo psicologo* ma è strumentale all' intervento farmacologico (59%).

77% MMG incontra "spesso" o "quasi sempre" pazienti che potrebbero trarre beneficio da un aiuto psicologico.

La consultazione* psicologica viene richiesta:

42% dei MMG ["quasi mai"]

35% dei MMG ["qualche volta"]

23% dei MMG ["spesso" o "quasi sempre"]

60% MMG prescrive "spesso" o "quasi sempre" una terapia psicofarmacologica

2) Motivo del mancato invio alla consulenza psicologica

Spesa non sostenibile dai pazienti (33,1%)

Disagio contenibile nella relazione MMG-paziente (25%)

Ricorso a terapia farmacologica (15%)

Presupposta reazione negativa del paziente (8,8%)

Altro (8,1%)

3) Esperienze di collaborazione con lo psicologo*

96% MMG è provvisto di una rete di psicologi ritenuti affidabili. Il 58% di MMG ospita nel proprio studio uno psicologo* che riceve su invio e in base alla propria agenda. In particolare, la collaborazione MMG-psicologo* è nata:

33,3% su iniziativa del MMG per contenere i costi

33,3% su iniziativa dello psicologo*

25% su iniziativa del MMG per offrire un servizio

8,4% su iniziativa di entrambi ("ci siamo trovati")

BOX C. Focus group con medici esperti e in formazione: punti di vista sulla multiprofessionalità

Negri et al. (2016; 2019)

PREMESSA

Modello biopsicosociale* (Engel, 1977)

Legge Balduzzi (189/2012)

Legge di riforma del servizio sociosanitario lombardo (L. 23/2015)

METODO

Approccio: qualitativo

Asse temporale: trasversale

Finalità: esplorativa

OBIETTIVI

Confrontare due gruppi di medici: esperti (ME) e in formazione (MF) rispetto a:

Bisogni dei MMG: aspetti interpersonali/emotivi/strategici nella relazione con il paziente

Atteggiamento dei MMG rispetto alla collaborazione interprofessionale nell'Assistenza Primaria

Eventuali forme di collaborazione MMG – psicologi utili per incrementare qualità ed efficienza nell'Assistenza Primaria.

CAMPIONE

6 Focus Group:

4 gruppi MMG del corso triennale di formazione in Medicina Generale della Regione Lombardia (N=39, 15 M, 24 F, età media 31.7±6.). Gruppo MF.

2 gruppi MMG esperti operanti a Milano e Bergamo (N=13, 8 M, 5 F, età media: 59.6±4.6). Gruppo ME.

STRUMENTI

Focus group che indaga le seguenti aree:

Attivazione di differenti rappresentazioni mentali nella discussione di un caso clinico

Ruolo del MMG

Difficoltà e strategie nella pratica clinica

Rapporto con la sofferenza dei pazienti

Riforma del servizio sociosanitario lombardo (L. 23/2015)

Atteggiamento verso la collaborazione multiprofessionale

Esperienze di collaborazione con lo psicologo*

Trascrizione verbatim e analisi con i softwares: MAXQDA12 e T-Lab

RISULTATI

1) Ruolo del MMG

Costruzione della relazione di fiducia con i pazienti (MF 21,6%) - Educazione sanitaria/prevenzione* (MF 16,2%)

Funzione di filtro (ME 12,5%) - Fornire continuità alla storia clinica (ME 12,5%) - Far star bene il paziente (ME 6,2%)

Ascolto Disponibilità Empatia (MF 43,2%; ME 43,7%) – Competenze scientifiche (MF 12,5%; ME 16,2%)

Difficoltà incontrate e strategie per farvi fronte

Richieste di pazienti “arroganti” (MF 41,4%). Strategie: educazione al rispetto della professione (MF 25%) - aggiornamento scientifico (MF 38,9%)

Scarsità di tempo da dedicare ai pazienti (ME 48,1%). Strategie: ricusare i pazienti (ME 18,1%) - supporto tra colleghi MMG (ME 27,2%)

Rapporto con specialisti (MF 7,32%; ME 7,41%). Strategie: migliore organizzazione dello studio (MF 38,9; ME 27,2%)

2) Multiprofessionalità della riforma (L. 23/2015)

Non del tutto favorevole (MF 29%) - Non a conoscenza della riforma (MF 25%) – Dubbioso (MF 25%)

A favore (ME 37,5%) – Non del tutto favorevole (ME 25%) – Dubbioso (ME 25%)

3) Collaborazione con psicologo

Modello dell’invio allo psicologo (MF 75%; ME 100%)

Modello “Solano” – Copresenza (MF 14% Non favorevole) – (ME 37,5% parzialmente favorevole - 37,5% parzialmente non favorevole – 25% dubbioso)

DISCUSSIONE DEL CASO CLINICO:

ME: approccio in prima persona (“noi”), rispetto alla rappresentazione astratta dei MF.

MF maggiore attenzione ad aspetti diagnostici/organici (“organico”, “diagnosi”, “problema”)

ME maggiore attenzione ad aspetti soggettivi/relazionali (“raccontare”, “psicologico”)

Tuttavia, in entrambi i gruppi il ragionamento si conclude selezionando ipotesi finali di solo tipo biomedico*

BOX D. Punto di vista degli iscritti alla SIMG sulla multiprofessionalità

Negri et al. (2019)

PREMESSA

Salute secondo OMS: “stato di completo ben-essere fisico, mentale e sociale”

Modello biopsicosociale* (Engel, 1977)

Esperienza di Solano (2011)

Negri et al. (2016)

METODO

Approccio: quantitativo

Asse temporale: trasversale

Finalità: esplorativa

OBIETTIVI

Raccogliere i pareri dei MMG iscritti alla SIMG riguardo a:

Prevalenza e competenza nel gestire i disturbi psicologici dei pazienti

Fattori di criticità nel lavoro del medico

Pareri sulla integrazione della cura medica e psicologica e modalità di attuazione

CAMPIONE

MMG presenti al 33° Congresso Nazionale SIMG (N=119; F=62, M=57):

45% formazione solo MMG, 43% MMG e altra specializzazione

51% Nord - 49% Sud

Range data di laurea: 1975-2014

59% riporta di avere in media 1362 assistiti

30% ha già avuto una collaborazione con psicologo*, per lo più sotto forma di invio diretto

STRUMENTI

Questionario ad hoc:15 affermazioni, risposta multipla in scala likert (concordo - non concordo fortemente).

RISULTATI

1) Il 66% dei MMG concorda o concorda fortemente sul fatto che il riconoscimento e la cura dei disagi psicologici in Medicina Generale siano compito del medico stesso ed il 47% ritiene di avere le competenze per farlo. Il 65% afferma che le criticità nel proprio lavoro sono legate in particolare modo a fattori organizzativi di tempo e spazio.

2) Nelle domande inerenti alla figura dello psicologo*, il 62% concorda o concorda fortemente che una collaborazione organizzata con tale professionista migliori la qualità delle cure al paziente ed in particolare modo, il 78% ritiene che il vantaggio si ripercuota soprattutto sulla soddisfazione dei pazienti e sulla qualità del lavoro del medico.

3) Il 69% dei MMG, inoltre, concorda che tale collaborazione organizzata si realizzi con la presenza dello psicologo* in spazi e tempi differenti nella stessa struttura.

BOX E. Principali conclusioni degli studi

1) L'Assistenza Primaria è uno spazio di ascolto "privilegiato"

Tutti gli studi attribuiscono alla medicina generale un contesto anche per l'ascolto dei bisogni psicologici e, in particolare nello studio 3 (BOX D), i medici concordano (30%) e concordano fortemente (36%) che il riconoscimento del disagio e dei disturbi psicologici in tale ambito rientrino tra i compiti clinici del MMG. Questo atteggiamento sembra confermare la percezione che i medici ritengono di possedere capacità e risorse per gestire globalmente i bisogni di cura e di considerare la collaborazione con lo psicologo* una opzione aggiuntiva piuttosto che di integrazione clinica funzionale e strutturale.

Il MMG, a differenza degli specialisti, può e dovrebbe accogliere ogni tipologia di sintomo e disagio, compreso quello psicologico (dato presente in tutti gli studi).

2) I MMG possiedono diversi modelli di cura ma utilizzano prevalentemente quello biomedico*

In particolare, nel caso clinico presentato nello studio 2 (BOX C), sia ME sia MF adottano idealmente un approccio orientato alla persona ma concludono il ragionamento considerando solo i sintomi di natura biomedica*, probabilmente l'epistemologia positivista* è ancora preponderante nella riflessione clinica.

Ciononostante, sia ME sia MF sono in sintonia con una visione ippocratica del medico che è competente in quanto buon ascoltatore, empatico e disponibile; per raggiungere questa mèta, è necessario altresì che i pazienti vengano "educati" al prezioso servizio che ricevono (dato confermato in tutti gli studi) mentre i MMG, riuscendo a sviluppare anche competenze gestionali nel proprio studio, riescono a dedicare maggiore tempo agli assistiti.

3) Difficoltà nella collaborazione con altri professionisti e cambiamenti legislativi

In tutti gli studi si conferma la difficoltà ad interloquire con gli specialisti e, in particolare lo studio 2 (BOX C), che indaga l'opinione rispetto alla riforma del sistema sanitario lombardo, mostra come sia i MF sia ME

manifestino un atteggiamento di chiusura e scetticismo verso la multiprofessionalità. Alcuni hanno esplicitato la non conoscenza dei nuovi provvedimenti, altri sono rimasti in silenzio, mentre la maggior parte ha espresso opinioni basandosi su informazioni frammentarie. La collaborazione multidisciplinare viene vista come una sfida e una potenziale difficoltà, poiché costringe il medico a rapportarsi con altre figure con le quali non sempre è in grado di instaurare un rapporto di stima e fiducia reciproca, soprattutto con gli specialisti. In tutti gli studi vengono sottolineate le criticità legate a fattori organizzativi di tempo e spazi.

I MMG hanno costruito nel tempo una buona rete di psicologi affidabili (sia nel pubblico sia nel privato), tuttavia propongono scarsamente una consultazione* psicologica se: il disagio è di lieve entità; i MMG hanno molti anni di esperienza clinica cercano di contenere il disagio entro la relazione (forse per una formazione maggiormente orientata alla semeiotica o per gli anni di esperienza in cui hanno acquisito una maggior competenza nella gestione di aspetti relazionali); infine perché i MMG più “anziani” vengono percepiti dai pazienti come interlocutori “umanamente saggi” a cui poter esprimere una richiesta più o meno esplicita di intervento psicologico (studio 1 e 2).

4) Poca chiarezza sulle competenze dello psicologo*

Nello studio 1 (BOX B) in particolare, emerge che la prevenzione* e la promozione* della salute non rientrerebbero tra gli ambiti primari dello psicologo* ma del counsellor* (29%), al contrario della diagnosi e della cura che appartengono, sempre secondo i MMG, allo psicologo*. Inoltre, è spesso una professione poco distinta rispetto a quello dello psicoterapeuta.

Nello specifico, per i MMG più giovani (BOX B-C) la professione dello psicologo* è poco chiara e limitata: “non abbiamo la concezione di come si strutturi un colloquio* psicologico, su quali aspetti lavorate. Mi piacerebbe capirlo” (MF, terzo anno). Mentre per i medici “più vecchi” l’eterogeneità del mondo psicologico diviene sinonimo di confusione che funge da deterrente per una collaborazione: “Io dico la mia problematica grossissima: so che voi avete molti orientamenti sia di origine culturale e di origine terapeutica c’è il comportamentale, il cognitivo ecc...io siccome sono un matematico se non ho le cose chiare non le riesco a fare e allora preferisco non farle e mi astengo. Datemi qualcosa di concreto dove io possa capire il comportamentale cosa fa, che tipo di trattamento e quali sono le persone indicate” (ME).

5) Forme di collaborazione già attuate con lo psicologo*

Nella maggior parte dei casi, il ricorso allo psicologo* avviene spesso dopo la consultazione psichiatrica (BOX B-C) come supporto all’intervento farmacologico o nella gestione di problematiche psicosociali. Inoltre, nello studio 2, si è osservato che i MMG, rivolgendosi al moderatore psicologo*, utilizzavano termini come “il nostro paziente” – “il vostro pazien-

te". L'invio si conferma in tutti gli studi come la modalità privilegiata di collaborazione, secondo le seguenti possibilità: a) in spazi e tempi differenti dell'ambulatorio medico. Ad esempio, quasi la metà dei MMG dello studio 1 ospita nel proprio studio uno psicologo*; è un servizio offerto anche per contenere i costi, in questo caso lo psicologo* è un operatore, come altri (esempio, IP o FKT), che riceve su invio o autoinvio; b) Attraverso forme di collaborazione ipotizzando una nuova struttura nel Sistema Sanitario Nazionale istituita nell'ambito delle Cure Primarie che affianchi la Medicina Generale (studio c). Questo dovrebbe offrire la possibilità di miglioramento di qualità del lavoro per il MMG ma anche in un'ottica di miglioramento della qualità di cura dei pazienti (per il 38%), del grado di soddisfazione dei pazienti (per il 45%) e di riduzione della spesa sanitaria (per il 32%); c) Il modello della copresenza, medico e psicologo* che ricevono contemporaneamente insieme, non viene particolarmente apprezzato tra i diversi modelli di integrazione possibili (dato che si conferma in tutti gli studi). In particolare, nel terzo, il 43% dei medici non è d'accordo e più della metà (53%) predilige una collaborazione che si realizza non in copresenza. Anche per chi è ancora in formazione (BOX C), il modello della copresenza riscontra una netta chiusura rispetto a medici più esperti; probabilmente questi ultimi avendo maggiori anni di attività professionale, riescono a comprendere il vantaggio di una collaborazione congiunta (sempre i ME sono coloro che hanno identificato tra le strategie il sostegno tra colleghi); inoltre hanno una immagine professionale più salda e sicura rispetto a chi è ancora in formazione. Non va trascurato che la maggior parte dei MF che hanno partecipato al secondo studio ha scelto il corso in medicina generale come seconda opzione rispetto ad una specialità mancata; questo implica un maggior tempo e una maggiore elaborazione nella costruzione della propria identità professionale.

BOX F. Risultati dell'iniziativa: #IoRestoaCasa&Scrivo

Negri et al. (2020)

PREMESSA

Metodo della scrittura espressiva* per l'elaborazione di vissuti traumatici (Pennebaker, 1986);

Processo referenziale* (Bucci, 2013);

Offrire uno strumento on line di elaborazione psicologica durante il primo lockdown in regione Lombardia (marzo – giugno 2020)

METODO

Approccio: Quanti-qualitativo

Asse temporale: trasversale - longitudinale

Finalità: sperimentale

OBIETTIVI

Comprendere le principali sensazioni fisiche, psicologiche/emotive presenti nei cittadini residenti in Lombardia durante il primo Lockdown;
Rilevare il grado di elaborazione emotiva e cognitiva dopo la compilazione del protocollo di scrittura espressiva*
Valutare l'efficacia della scrittura espressiva* nel contesto pandemico (confronto pre-post intervento)

CAMPIONE

64 rispondenti che hanno compilato un totale di 167 racconti autobiografici
Età media: 38.1 (range 18-71)
Genere: M (8) – F (56)

STRUMENTI

1) Piattaforma on line #IoRestoaCasa&Scrivo:
<https://sites.google.com/unibg.it/iorestoaCasaescrivo/homepage>) in cui era possibile accedere a:
2) Questionario con 12 domande (dati demografici)
3) Self report (scala Likert a 5 passi) rispetto: 1) a sensazioni fisiche (ad esempio, accelerazione della frequenza cardiaca, mani fredde) provate nelle tre settimane precedenti e dopo aver scritto 2) vissuti emotivi (ad esempio tristezza, senso di abbandono, orgoglio).
4) Metodo della scrittura espressiva*
Analisi dei testi tramite il software LIWC e DAAP per indagare il processo referenziale e l'elaborazione cognitiva.

RISULTATI

1) Sensazioni fisiche ed emotive
Il benessere psicologico/emotivo riportato dai soggetti nelle settimane precedenti la scrittura risulta inferiore rispetto a quello fisico [F.1; 63/ = 13.02, $p < 0.001$, $\eta^2 p = 0.173$]. Nei soggetti dove il malessere fisico è presente in modo significativo, esso tende a diminuire tra la prima e la seconda sessione di scrittura.
Tra le emozioni maggiormente presenti rientrano: la tristezza ($M = 2.05$, $SD = 0.90$), la sensazione di disorientamento ($M = 2.04$, $SD = 1.07$), la rabbia ($M = 1.94$, $SD = 1.13$), la paura ($M = 1.92$, $SD = 1.09$). I giovani (18-25 anni) risultano più tristi rispetto agli anziani (51-72) [F.1/ = 4.89, $p = 0.004$, $\eta^2 = 0.196$]. In generale chi ha vissuto all'interno della propria sfera relazionale il COVID o un lutto per COVID sperimenta maggiormente la sensazione di paura [F.1/ = 4.23, $p = 0.044$, $\eta^2 = 0.064$].
2) Emozioni e temi emersi nei trascritti
L'analisi fattoriale esplorativa rispetto alle emozioni emerse nei protocolli di scrittura ha evidenziato la presenza di due dimensioni: 1) negativa (ad

esempio, soffocamento, tristezza, paura, rassegnazione e colpa) 2) positiva (altruismo, coraggio, orgoglio, felicità).

L'analisi fattoriale esplorativa rispetto ai temi emergenti negli scritti ha evidenziato quattro dimensioni: 1) piacere (17.9% varianza spiegata), come il tempo libero e lo stare a casa; 2) sfera esistenziale (17.2% varianza spiegata), ad esempio la religione e la morte; 3) il corpo (15.6% varianza spiegata), ad esempio svolgere attività fisica; 4) doveri (17.2% varianza spiegata) come il lavoro e la scuola.

3) Processo referenziale ed elaborazione cognitiva

Infine, per quanto riguarda il grado di elaborazione emotiva emersa negli scritti è risultato quanto segue: 1) bassi livelli di benessere psicologico predicono una maggiore elaborazione emotiva nei trascritti (ovvero, chi sta più male da un punto di vista psicologico beneficia della scrittura come metodo di riorganizzazione dei vissuti) [IWRRL: $R^2 = 0.135$, $F(1, 54) = 8.43$, $p = 0.005$, $t = -2.90$, $p = 0.005$; Cognitive Processes: $R^2 = 0.079$, $F(1, 54) = 4.67$, $p = 0.035$, $t = -2.16$, $p = 0.035$; Introspection: $R^2 = 0.112$, $F(1, 54) = 6.84$, $p = 0.012$, $t = -2.61$, $p = 0.012$; Inhibition: $R^2 = 0.095$, $F(1, 54) = 5.66$, $p = 0.021$, $t = -2.38$, $p = 0.021$].

2) I processi cognitivi aumentano già nella seconda trascrizione [cognitive processes: $F(1, 29) = 6.18$, $p = 0.019$, $\eta^2 p = 0.166$; cognitive processes x 2/3plus-times writers: $F(1, 29) = 4.50$, $p = 0.042$, $\eta^2 p = 0.127$].

3) I soggetti che sono entrati in contatto con la malattia del COVID o hanno subito un lutto per la stessa, presentano un aumento di attività referenziale già dal secondo trascritto [IWRAD: $F(1, 29) = 10.64$, $p = 0.003$, $\eta^2 p = 0.269$; IWRAD x Infected; $F(1, 29) = 4.27$, $p = 0.048$, $\eta^2 p = 0.128$; IWRADx 2/3plus-times writers: $F(1, 29) = 11.63$, $p = 0.002$, $\eta^2 p = 0.286$]. In conclusione, la scrittura espressiva* è uno strumento che può essere applicato a situazioni traumatiche e di emergenza come la pandemia e la quarantena; favorisce nelle persone la possibilità di “stare in contatto” con i propri vissuti emotivi e ad elaborarli. Scrivere anche solo due volte permette una riorganizzazione cognitiva ed emotiva che ha ripercussioni positive sulla salute psicofisica.

Bibliografia

1. De Robertis, D. (2009), L'affidabilità scientifica della psicoanalisi. Un confronto tra ieri ed oggi, in “Ricerca Psicoanalitica”, Anno XX, 3, pp. 325-348.
2. Berardi D. et al. (2014), Primary care psychiatry in Italy, in “Journal of Nervous and Mental Disease”, 202,6, pp.460-463.
3. Bucci W. (2013), The referential process as a common factor across treatment modalities, in “Research Psychotherapy Psychopathology Process Outcome”, 16, pp.16–23. doi: 10.4081/ripppo.2013.86.
4. Cardano M. (2011), La ricerca qualitativa, Il Mulino: Bologna.
5. Corbetta P. (2015), La ricerca sociale: metodologia e tecniche, Il Mulino: Bologna.
6. Cossutta, F. (2020). Medicina di famiglia in Portogallo, in <https://www.saluteinternazionale.info/2020/11/medicina-di-famiglia-in-portogallo/> (ultimo accesso maggio 2021).

7. Engel GL . (1977), The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, in "Science", 196, pp. 129–136.
8. Derksen J. (2009), Primary care psychologist in the Netherlands: 30 years of experience, in "Professional Psychology: Research and Practice", 40,5, pp.493-501.
9. Falanga R., Pillot L. (2014), Un percorso sperimentale di interazione tra Mmg e psicologo, in "M.D. Medicinae Doctor ", 23,5, pp. 20-22.
10. ID. (2008). IAPT - IMPROVING ACCESS TO PSYCHOLOGICAL THERAPIES, National Health System, <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/> (ultimo accesso maggio 2021).
11. ID. (2012), Government of Canada, About Primary Health Care, in <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/primary-health-care/about-primary-health-care.html> (ultimo accesso novembre 2020).
12. ID. (2020), La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015). Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio, AGENAS Protocollo n. 2020/0007526 del 16/12/2020 (Allegato) Pagina 1 di 73, in AGENAS-La-riforma-del-Sistema-Sociosanitario-Lombardo-2020.pdf (snamibs.org) (ultimo accesso agosto 2021).
13. Kaneklin C. L. (1993), Il gruppo in teoria e in pratica, Cortina: Milano.
14. Kates N. et al. (2001), Integrating mental health services into primary care: Lessons learnt, in "Families, Systems, & Health" 19,1, p.5.
15. Kazak A. E. et al. (2017), Psychologists in patient-centered medical homes (PCMHs): Roles, evidence, opportunities, and challenges, in "American Psychologist", 72, 1, p. 15-30.
16. Liuzzi M. (2016), Psicologia di cure primarie. Concetti, metodi e ricerca clinica. Il Mulino, Bologna.
17. Maciocco G. (2019), Cure Primarie. Ieri, oggi, domani, in (a cura di) G. Maciocco, "Cure primarie e servizi territoriali", pp. 27- 43, Carocci Faber, Roma.
18. Milman E, et al. (2020), Modeling pandemic depression and anxiety: The mediational role of core beliefs and meaning making, in "Journal of Affective Disorders Reports", 2 100023, ISSN 2666-9153, <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100023>.
19. Merhy E. E. & Franco T. B. (2003), Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos técnico-assistenciais, in "Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1, 27,65, pp. 316-323.
20. Molinari E. et al., (2012), A new approach for psychological consultation: the psychologist at the chemist's, in "BMC Public Health", 12:501. Published 2012 Jul 3. doi:10.1186/1471-2458-12-501.
21. Negri A. et al., (2016), Riforma sociosanitaria lombarda: sfide e possibilità per una reale apertura multi-professionale nell'assistenza primaria. Il punto di vista di medici esperti e specializzandi in Medicina Generale, in "Book of Abstract" Congresso Nazionale SIMG 2016.
22. Negri A. et al., (2019), Realizzare il modello biopsicosociale nelle cure primarie. Medico e psicologo insieme? L'opinione dei medici di medicina generale, in "Rivista Società Italiana di Medicina Generale" 26,6, pp. 76-82.
23. Negri A., et al., (2020), Linguistic Markers of the Emotion Elaboration Surrounding the Confinement Period in the Italian Epicenter of COVID-19 Outbreak, "Frontiers in Psychology" , 11, pp.1-14. doi: 10.3389/fpsyg.2020.568281. PMID: 33071896; PMCID: PMC7531075.

24. Negri A. et al., (2021), Analysis of General Practitioners' Attitudes and Beliefs about Psychological Intervention and the Medicine-Psychology Relationship in Primary Care: Toward a New Comprehensive Approach to Primary Health Care. In *Healthcare*, in "Multidisciplinary Digital Publishing Institute", 9,5, pp. 613.
25. Nuova Zelanda (2019), The wellbeing budget, in <https://treasury.govt.nz/publications/wellbeing-budget/wellbeing-budget-2019>, (ultimo accesso marzo 2020).
26. Pennebaker J. W., Beall, S. K. (1986), Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease, "Journal of Abnormal Psychology", 95, 274–281. doi: 10.1037/0021-843X.95.3.274.
27. Pereira M.G., Fachada A.A., Smith T.E. (2009), Practice of biopsychosocial medicine in Portugal: Perspectives of professionals involved, in "The Spanish Journal of Psychology", 12, I, pp. 217-225.
28. Proia, L. (2019), Lo Psicologo di Famiglia, tra prospettive e criticità. Viaggio all'interno delle Regioni per analizzarne l'evoluzione, in "Quotidiano Sanità.it", http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=70079, (ultimo accesso ottobre 2021)
29. Regione Emilia-Romagna (2016), Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa. Deliberazione della giunta regionale 5 dicembre 2016, n. 2128, in <https://bur.regione.emilia-romagna.it/dettaglio-inserzione?i=fe9badc5637d40b286a2268e7214e44f> (ultimo accesso gennaio 2021).
30. Regione Lombardia (1997), "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" (GU 3a Serie Speciale - Regioni n.47 del 29-11-1997), in <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1997/11/29/097R0637/s3> (ultimo accesso agosto 2021).
31. Regione Lombardia (2015), "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, in http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2015/10/LR-23_2015.pdf (ultimo accesso giugno 2021).
32. Regione Puglia (2020), Istituzione del servizio di psicologia di base e delle cure primarie. L.R. 7 luglio 2020, n. 21, "Bollettino Ufficiale della Regione Puglia", 99 suppl. del 9-7-2020, in http://burp.regione.puglia.it/documents/10192/53002550/LR_21_2020.pdf/ef551aec-f983-494f-b8b9-43aaa74781c (ultimo accesso gennaio 2021).
33. Regione Veneto (2014), Compresenza della figura dello "Psicologo di Base" (PdB) nell'ambito dell'organizzazione territoriale regionale a supporto dei Medici di Assistenza Primaria (MAP). Avvio della sperimentazione, D.G. R. 13 giugno 2014, n. 59, in <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/SommarioSingoloBur.aspx?num=59&date=13/06/2014> (ultimo accesso maggio 2021).
34. Solano L., Fayella P. (2007), Medico e psicologo insieme in studio, in "Occhio Clinico", 7,20, 20-22.
35. Solano L. (2011), Dal sintomo alla persona. Medico e psicologo insieme per l'assistenza di base, Franco Angeli: Milano.
36. Solano L. et al., (2009), The family physician and the psychologist in the office together: A response to fragmentation, in "Mental Health in Family Medicine", 6,2, 91-98.
37. Wakefield, et al. (2021), Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and metaanalysis of 10years of practice based evidence, in "British Journal of Clinical Psychology", 60, I, pp.1-37.