

5. Elementi di teoria della tecnica

Attà Negri, Claudia Zamin & Giulia Parisi

5.1 Set e setting

Quando più operatori si ritrovano a progettare nuove esperienze, è importante costruire un pensiero condiviso rispetto al significato delle azioni da intraprendere, gli obiettivi, gli strumenti e come valutare il proprio operato. Tali elementi costituiscono un processo indispensabile che rende l'intervento professionale e scientificamente fondato. Si pone pertanto la questione relativa al setting.

Fissare, installare, sistemare, preparare, tali verbi traducono il verbo inglese “*to set*” che rimandano all'idea di staticità, di cose fissate; mentre il termine *setting*, con la desinenza *-ing* conferisce dinamicità e natura processuale al contesto in cui avviene la cura. Per semplicità nel tempo, il termine *setting* ha compreso entrambi i significati. Più precisamente però il *set* rappresenta il contesto dell'ambientazione, ad esempio, privato - pubblico, condizioni logistiche, orari di ambulatorio, durata media delle visite, uso del telefono, strumentazione presente in studio, nonché quali cure possano ricevere o meno gli assistiti nell'ambulatorio medico o nello studio dello psicologo*. Il *setting*, invece, è maggiormente legato alle teorie di riferimento e ai modelli di cura, alle regole e condizioni di terapia predefinite. Va da sé che la declinazione del *set* discende dal *setting*, poiché il nostro “fare” dovrebbe essere sempre in ascolto delle ragioni per le quali intraprendiamo una certa azione piuttosto di un'altra.

Insieme ai titoli che conferiscono un ruolo, alle abilità tecniche e al senso clinico, necessitiamo anche di uno “spazio apparecchiato” (Parisi & Pasolli, 2016) in cui incontrare i pazienti. Uno spazio prima di tutto “pensato e poi allestito” fisicamente e su misura per i pazienti e per *quel* paziente. Nella medicina generale il *set* è storicamente mobile all'interno di una precisa realtà territoriale: il MMG può recarsi presso il domicilio dell'assistito oppure in ospedale, avere un singolo assistito o più membri contemporaneamente presenti durante la visita, essere in studio da solo o con un tirocinante. In tutti questi casi i MMG sanno quanto lo spazio esterno sia sostenuto e radicato da quello interno (ad esempio, sapere quanto tempo

dedicare ad una visita, cosa è possibile gestire al domicilio, cosa in studio, cosa va inviato in pronto soccorso). In tutti i casi il *set* e il *setting* vengono istituiti al fine di creare le condizioni per svolgere correttamente il proprio intervento.

5.2 Il setting di Medico&PsicologoInsieme

Nella nostra équipe è emerso come inizialmente sia stato maggiormente difficile per gli psicologi, rispetto ai MMG, costruire uno spazio condiviso; probabilmente perché erano i primi ad entrare fisicamente nello studio dei secondi e non viceversa⁵. Inoltre, per i medici, soprattutto negli anni di formazione, è una prassi consolidata visitare congiuntamente con altri colleghi. Infatti, al di là delle formazioni specifiche di ciascuno psicologo* e delle varie esperienze lavorative pregresse, tendenzialmente l'intervento psicologico si declina in contesti in cui è presente un solo clinico a condurre un colloquio* o la testistica. Anche negli interventi sistemici di co-terapia, il secondo psicoterapeuta tende ad assumere in alcuni casi la funzione di spalla o di monitorare dall'interno quello che avviene in seduta⁶. La categoria medica, invece, vanta una larga tradizione di collabo-

⁵ Gli psicologi non dovrebbero preoccuparsi ma rammentare che la “cura” iniziata con Freud presupponeva uno spazio in cui paziente e analista lavoravano insieme per comprendere i sintomi nevrotici. Storicamente questa tipologia di intervento si è ampliata occupandosi anche delle psicosi, successivamente dei bambini, sino ai gruppi, alla famiglia, all'organizzazione e alle istituzioni. Pertanto, a ben vedere, una certa elasticità del setting è propria anche della storia della psicologia, e ovviamente tale elasticità non è da intendersi in un'ottica qualitativa di miglioramento bensì in vere e proprie riformulazioni paradigmatiche (Profita & Ruvolo, 1997). L'intervento congiunto di psicologo* e MMG può rappresentare una ulteriore manifestazione di tale evoluzione.

⁶ Si potrebbe evidenziare che la mediazione familiare possa costituire un esempio di collaborazione tra due professionisti differenti; infatti, psicologo* e avvocato ascoltano congiuntamente i clienti. Tuttavia, per svolgere questo importante compito entrambi ricevono una formazione specifica che li definisce come mediatori familiari che, di conseguenza, operano con medesimi strumenti e tecniche per uno specifico problema di vita, la separazione coniugale, in un numero definito di incontri. Oppure in altri contesti territoriali, come il CPS, lo psicologo* è parte di una équipe che si confronta in merito alla presa in carico del paziente, che solitamente viene incontrato singolarmente o in rari e sporadici casi congiuntamente, senza tuttavia interventi congiunti e che rimarrebbero tendenzialmente all'interno di multiproblematiche sociali o psichiatriche. Infine, nei tirocini di specializzazione in psicoterapia*, possono essere effettuate delle visite congiunte psichiatra - psicologo* ma che sono, proprio per il mandato istituzionale di tirocinio, in un'ottica di comprensibile asimmetria e riservate alle situazioni cosiddette “psichiatriche”.

razione interprofessionale (tuttavia di natura asimmetrica), basti pensare all'importantissimo ruolo degli infermieri; in questa collaborazione sono i medici a stabilire la terapia, le cure sono sbilanciate notevolmente sul versante del soma e prevedono spesso una cura con un approccio farmacologico.

Alla luce di quanto affermato sinora, riteniamo che da un punto di vista di teoria della tecnica, quello che si crea nel *setting* dell'intervento congiunto MMG-psicologo* costituisca un inedito professionale per entrambi i professionisti e per i pazienti, poiché:

- Entrambe le figure professionali si legittimano reciprocamente su uno stesso livello di intervento (cura e promozione* della salute), tenendo ben conto delle proprie identità professionali, dei differenti modelli epistemologici* sottesi e della diversità degli strumenti impiegati.
- È una cura che potenzialmente si rivolge a tutti i sintomi e problemi portati dal paziente, il quale ha la possibilità di essere accolto da un operatore o da entrambi, nel rispetto dei loro ruoli, all'interno dell'ambulatorio.
- Questo significa che l'ascolto dato al paziente, l'elaborazione e le soluzioni introdotte da tutti gli interlocutori si inseriscono all'interno di una storia di cura a lungo termine.

La tab. 5.1 esemplifica alcuni elementi che possono costituire il set e il setting di Medico&PsicologoInsieme, mentre nel capitolo successivo si entrerà nel dettaglio con alcune esemplificazioni cliniche.

Set	Setting - livello teorico sotteso
-----	-----------------------------------

Équipe	Coinvolge tutti gli operatori che aderiscono al progetto Una volta al mese a rotazione presso i vari studi oppure on line Redazione del verbale	Costruzione condivisa di un modello di salute e cura alla luce di quanto accade nell'ambulatorio Intervisione sui casi e sulle azioni congiunte intraprese Apprendere dall'esperienza e riformulare le prassi Continuo aggiornamento scientifico Prevenzione* del <i>burn out</i>
Locandina in bacheca Mailing list degli assistiti Volantini dell'iniziativa	Sempre affissa nella sala di attesa	Informa i pazienti del progetto in corso, fornisce loro una opportunità di scelta consapevole
Visita	Secondo orari di ambulatorio Gratuita Il MMG gestisce gli accessi Il MMG indossa (tendenzialmente) il camice	Ambito prettamente di competenza medica, molto utile laddove i bisogni espressi sono gestalticamente sul versante biologico (es. influenza, giorni di malattia, visione esami, visite) Utile per intercettare sintomi e situazioni "sentinella" relative ai problemi di salute Se necessario si invita il paziente in copresenza o si propone direttamente la consultazione* psicologica

Copresenza	<p>Due ore a settimana Gratuito Il MMG gestisce gli accessi MMG e psicologo* non indossano il camice MMG e psicologo* seduti accanto Psicologo* annota gli elementi salienti per ogni paziente Il paziente può accedere tutte le volte che vuole</p>	<p>Ambito in cui il paziente, grazie alla presenza di entrambi gli operatori”, si sente legittimato a parlare di qualunque sintomo e/o problema, più o meno consapevole che i sintomi portati oggi in visita possano essere compresi allargando il campo di osservazione Spazio in cui entrare in contatto con lo psicologo* in maniera “soft”, senza sentirsi “matto”, spazio in cui il paziente può essere stimolato, incuriosito per una lettura “altra” rispetto ai malesseri riferiti</p>
Briefing e Debriefing	<p>Inizio e fine copresenza/ interventi di gruppo</p>	<p>Anche se non sempre fattibili, costituiscono uno spazio di pensiero utile ad entrambi gli operatori; serve a riflettere sul loro operato, sui casi visti insieme, sul processo terapeutico di alcuni pazienti. Utile per confrontarsi sui dati da tener presenti in visite o copresenze successive</p>
Consultazione* psicologica	<p>Lo psicologo* gestisce gli accessi Non indossa il camice Durata: 1 ora Numero di colloqui da 1 a max 3 Tariffa calmierata fattura gestita dallo psicologo* Consultazioni individuali, coppia e famiglia Necessario far firmare il consenso</p>	<p>Ambito prettamente di competenza psicologica in cui il paziente all’interno di un tempo di ascolto maggiore, viene accompagnato ad osservare i propri sintomi e problemi anche alla luce della sua storia, relazioni, ciclo di vita e risorse Si accede come esito della copresenza (caso più frequente) o su invio del MMG o auto invio Obiettivo: offrire uno spazio di rielaborazione dei problemi e sintomi allargando il campo dai vincoli alle possibilità. Se necessario invio di secondo livello (non molto frequente)</p>

Interventi di gruppo	Psicologo* e medico insieme strutturano interventi su temi specifici	<p>Interventi di prevenzione* e miglioramento degli stili di vita</p> <p>Si stabilire una relazione differente con il proprio medico, si conosce ulteriormente la figura dello psicologo*</p> <p>Offerta di uno spazio di elaborazione differente rispetto ai precedenti set e per alcuni pazienti maggiormente idoneo</p> <p>Creazione di reti sociali (soprattutto per gli anziani e i fragili). Informa i pazienti sulle iniziative di promozione* di salute nel proprio territorio</p> <p>Informa la comunità locale di questa tipologia di servizio</p> <p>Promuove una cultura salutogenica e di integrazione corpo-mente</p>
----------------------	----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabella 5.1 Set e setting di Medico&PsicologoInsieme

5.2.1. La sostenibilità economica

Il tema della retribuzione economica dello psicologo* nell'Assistenza Primaria è una questione aperta da alcuni anni; la sua non risoluzione si inserisce anche nel decentramento regionale della sanità italiana, allo scarso riconoscimento degli interventi psicologici e dello stigma che li accompagna. Diverse leggi e disposizioni regionali hanno cercato di regolamentare la figura dello psicologo* del territorio, senza tuttavia giungere a una vera e propria risoluzione che forse inizierà ad affacciarsi all'orizzonte con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (2021).

Nel contesto lombardo la Legge Regionale 23/2015 si poneva come obiettivo quello di riordinare il sistema sanitario e sociosanitario

lanciando una “sfida di sistema” per superare i confini tra servizi sanitari e sociali e promuovere l’integrazione tra differenti professionalità, tra cui quella dello psicologo*. Successivamente, la Legge Regionale 15/2016 prevedeva la sperimentazione, anche in Lombardia, di forme di collaborazione tra MMG e psicologo*, delineando la nuova figura dello psicologo* di base. Tale legge prevedeva tra gli obiettivi di salute, “l’avvio di sperimentazioni con la figura dello psicologo* di base nei servizi offerti dagli erogatori pubblici e privati accreditati” (art. 53 Bis, punto O). Tuttavia, non era chiaro da chi dovesse essere retribuito lo psicologo, né quale fosse il suo compenso. Anche a livello nazionale vi sono state delle iniziative come il Piano Nazionale Cronicità del 2016 che proponeva un approccio integrato, multidisciplinare e multilivello; un rinnovo del sistema con una focalizzazione verso le cure di primo livello, giustificato in parte anche dal forte cambiamento demografico, tuttavia anche in questo caso non vi erano chiari riferimenti rispetto ai compensi.

Infine, il 19 giugno 2019 era stato approvato a livello nazionale il Decreto Calabria che riconosceva formalmente la figura dello psicologo* all’interno dello studio del medico di medicina generale. Lo psicologo* sarebbe stato remunerato dal MMG al quale, nel caso in cui si fosse formalizzata una collaborazione interprofessionale, avrebbe visto un innalzamento del massimale* degli assistiti.

Il dibattito che ne è seguito ha evidenziato posizioni e sensibilità molto diverse. Sul versante medico sono prevalse critiche, prevalentemente sul piano delle scelte di politica ed economia sanitaria (alcune di rifiuto di ogni ipotesi di collaborazione) con la rivendicazione della capacità di gestione autonoma della componente psicologica della cura. Altre, con posizioni di minor chiusura ma che sottolineano la priorità di altre collaborazioni (personale infermieristico o di segreteria) e di altri modelli organizzativi (Quotidianosanita.it, 2019). Fra gli psicologi si sono registrati pareri favorevoli ma anche posizioni che segnalano la genericità e la scarsa definizione del provvedimento (Proia, 2019; Zanon, 2019).

Le differenti posizioni confermano in modo inequivocabile come il processo di integrazione tra medici e psicologi nell’assistenza primaria non possa avvenire solo per decreto; piuttosto debba progressivamente dispiegarsi attraverso esperienze, sperimentazioni sul campo che si coniugano in continue riflessioni teoriche, cliniche e

in cui anche la retribuzione deve essere una questione da dirimere. Essa non può essere lasciata in gestione al medico e allo psicologo*, come si lasciava intendere nel decreto Calabria. Ad oggi nessuno dei provvedimenti ha pertanto chiarito quanto possa essere il compenso per lo psicologo* e con quali forme di contratto, se di dipendenza, di natura libero professionale o in convenzione come accade per i MMG.

Tale questione, anche a seguito della pandemia da COVID-19 non è più rinviabile. In un servizio sanitario, l'offerta dei servizi e prestazioni dovrebbe essere allineata con i bisogni di salute, che a loro volta dovrebbero coincidere con le domande dei cittadini, tra le quali, quelle riguardanti il benessere psicologico, che durante la pandemia hanno registrato un significativo aumento. A questo proposito, al fine di garantire un accesso equo alle cure, oltre a incrementare la presenza di personale che si occupa di salute globale all'interno dei servizi pubblici, avvicinandosi alla media degli altri paesi europei, è necessario anche pensare a quale tipo di finanziamento dedicare e quanto investire nella salute psicologica così come nella prevenzione* e nella promozione* di stili di vita sani di cui lo psicologo*, insieme ad altri, è chiamato ad occuparsi.

Siamo consapevoli che l'esperienza Medico&PsicologoInsieme preveda visite in copresenza gratuite, al momento offerte dallo psicologo*, e delle consultazioni che il paziente paga con una tariffa calmierata, non sia un modello sostenibile al di fuori del suo carattere sperimentale. Verrebbe a crearsi, infatti, una disparità tra coloro che possono accedere alla consultazione* e coloro che per impossibilità economiche devono "limitarsi" alla visita in copresenza. Inoltre, la forma gratuita con la quale lo psicologo* presta il proprio servizio, con il tempo diviene la negazione della professionalità: ciascun operatore per definizione presta un servizio basato sulla competenza e come tale va retribuito.

Il riconoscimento dello psicologo* come professionista sanitario con contratto in convenzione, come attualmente lo sono i medici di medicina generale, o meglio ancora, di lavoro dipendente contrattualizzato dalle ASL o delle ATS per la Lombardia, e quindi finanziato dal SSN, sarebbe la forma più idonea affinché i cittadini possano ricevere assistenza psicologica sul territorio e in forma gratuita. Questo tutela tutti i cittadini e riconosce la professionalità di coloro che hanno scelto come attività lavorativa quella di "aiutare le persone".

Bibliografia

1. ID. (2021), Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). NextGeneration Italia, in https://www.governo.it/governo.it/files/PNRR_0
2. Ministero Della Salute (2016), Piano nazionale della cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 Settembre 2016, in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf (ultimo accesso maggio 2021).
3. Parisi G. & Pasolli L. (2016), Clinica, relazione, decisione. La consultazione medica nelle cure primarie, Franco Angeli: Milano.
4. Profita G. & Ruvolo G. (1997), Variazioni sul setting. Il lavoro clinico e sociale con individui, gruppi e organizzazioni, Cortina Raffaello: Milano.
5. 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 maggio 2021).
6. Proia L. (2019), Lo psicologo "entra" negli studi dei medici di famiglia. Ecco come interagirà nell'équipe, in "Quotidiano Sanità.it, http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=75173 (ultimo accesso maggio 2021).
7. 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).
8. Regione Lombardia (2016), Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai titoli v e viii della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, in <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2016/07/LR15-2016-1.pdf> (ultimo accesso giugno 2021).
9. Zanon F. (2019), Psicologo di base: la reincarnazione? <https://www.altrapsicologia.it/archivio/unaltra-resurrezione-per-lo-psicologo-di-base/> (ultimo accesso febbraio 2021).