



**UNIVERSITÀ  
DEL SALENTO**  
*L'Ateneo tra i due mari*



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI BARI  
ALDO MORO**



**Università di Foggia**

# **DOCUMENTO PROGETTUALE INTER-ATENEO PUGLIESE SULLO PSICOLOGO DI BASE**

---

*Gruppo di lavoro:*

Claudia Venuleo (Coordinatore) e Terri Mannarini — Università del Salento  
Maria Fara De Caro e Alessandro Taurino — Università di Bari  
Leonardo Carlucci e Salvatore Iuso — Università di Foggia  
Antonio dell'Anna — ASL Lecce  
Giuseppe Luigi Palma - Ordine delle Psicologhe e degli Psicologi della Regione Puglia

Il presente documento è frutto del gruppo di lavoro inter-ateneo pugliese sullo psicologo di base, costituitosi nel 2023 in vista del Convegno della Psicologia Pugliese dal tema: “*La domanda di sviluppo della società pugliese e il contributo della psicologia*”. L’evento, voluto e promosso dalle tre Università pugliesi (Università del Salento, Università di Bari e Università di Foggia) e dall’Ordine delle Psicologhe e degli Psicologi della regione Puglia, mira a favorire la costruzione di una vision condivisa degli obiettivi, delle strategie e delle dinamiche che la psicologia è chiamata ad intercettare, in riferimento ad una pluralità di problemi e di opportunità di sviluppo sociale e civile della regione. A tal fine, le tre Università pugliesi hanno costituito specifici gruppi di lavoro inter-ateneo, ciascuno impegnato a produrre un documento progettuale preliminare su uno dei principali ambiti dell’intervento psicologico oggetto dell’investimento da parte della Regione: counseling universitario, psicologia scolastica, psicologia di base. È stato costituito altresì un ulteriore gruppo di lavoro volto a definire gli indicatori della domanda di psicologia e dell’impatto degli interventi psicologici nei tre ambiti di investimento regionale. Lo scopo ultimo delle sessioni è quello di identificare criteri progettuali e di azione condivisi – soluzioni organizzative, quadri interpretativi, strategie di intervento, linee guida operative, modelli di verifica, validazione e rendicontazione – utili a dare risposte innovative, integrate, efficaci ed appropriate alla pluralità di domande che la psicologia pugliese è chiamata a raccogliere.

Il presente documento, nello specifico, è finalizzato a identificare criteri progettuali e di azione condivisi in tema di psicologia di base, a partire da quanto già delineato dalla legge regionale pugliese n. 11 del 15 giugno 2023 istitutiva della figura dello psicologo di base.

***INDICE***

---

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>1. BACKGROUND .....</b>	<b>5</b>
1.1 Principi teorico-pratici .....	5
1.2 Analisi dello scenario .....	9
<b>2. LO PSICOLOGO DI BASE: MACROAREE DI INTERVENTO E FUNZIONI.....</b>	<b>15</b>
2.1 Primo intervento su situazioni critiche .....	16
2.2 Potenziamento dell'azione medica.....	23
2.3 Potenziamento delle reti formali e informali e delle risorse comunitarie .....	25
<b>3. MODELLI DI SERVIZIO .....</b>	<b>27</b>
3.1 Modello generalista e modello stepped-care.....	27
3.2 Modello dell'invio, della co-presenza, della consultazione e modello collaborative-care .....	28
3.3 Considerazioni e standard di servizio .....	30
<b>4. ESIGENZE FORMATIVE .....</b>	<b>34</b>
<b>APPENDICE A: Alcune sperimentazioni ed esperienze nazionali e internazionali .....</b>	<b>39</b>
<b>APPENDICE B: Normativa statale .....</b>	<b>53</b>
<b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI .....</b>	<b>57</b>

## INTRODUZIONE

---

La legge pugliese istitutiva della figura dello psicologo di base (legge n. 11 del 15 giugno 2023), approvata dal Consiglio regionale e nata grazie ad un interlocuzione continua con l'Ordine degli Psicologi Puglia e le associazioni di settore, rappresenta un passo importante nella direzione di dare risposta alle esigenze di salute psicologica dei cittadini pugliesi e un'occasione privilegiata perché la categoria professionale degli psicologi possa esprimere la sua capacità di rispondere alle sfide di sviluppo del territorio.

La legge n.11 (art. 2, comma 3) intende la funzione psicologica in termini di riduzione del rischio di disagio psichico, di prevenzione e di promozione della salute.

*Allo Psicologo di base, in sintonia con le funzioni di cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56 (Ordinamento della professione di psicologo), competono, in accordo con i servizi distrettuali competenti, funzioni di riduzione del rischio di disagio psichico, di prevenzione e di promozione della salute.*

La legge regionale esprime anche un'idea chiara del compito che si chiede allo psicologo di base di assolvere: intercettare la domanda di benessere psicologico, operando in prossimità degli spazi di vita dove essa insorge, attraverso interventi a bassa intensità, integrati con l'azione della medicina di base. L'articolo 2, al comma 2 così recita:

*...la sua [dello Psicologo di base] azione è vicina alle realtà di vita degli utenti, alle famiglie e alla comunità, fornisce un primo livello di assistenza psicologica, di qualità, accessibile, efficace, conveniente e integrato con gli altri servizi sanitari. Lo Psicologo di base assicura una rapida presa in carico del paziente.*

Con il riferimento alle funzioni di supporto ai medici di base, ai pediatri di libera scelta, alle case della salute e di comunità, la legge regionale disegna anche un territorio di azione ampio, che si estende dalla presa in carico dell'individuo al riconoscimento, alla valorizzazione e all'attivazione delle risorse professionali e informali che consentono ai singoli di rispondere adattivamente alle sfide del vivere.

Ridurre il rischio, prevenire il disagio, promuovere la salute implica infatti lavorare alla rigenerazione dei fattori e dei processi salutari, e questo può essere fatto tanto a livello individuale (promuovendo la capacità di comprendere e di adattarsi agli eventi critici, alle diverse tappe del ciclo di vita) che a livello comunitario (agendo sui determinanti sociali del benessere psicologico).

Si tratta ora di esprimere una visione su natura e determinanti dei problemi che i servizi di psicologia di base sono chiamati ad affrontare e, su tale base, precisati i profili funzionali, le strategie di intervento e gli assetti organizzativi più utili in tal senso. In altre parole, definita – tramite la legge regionale – lo scopo che dà senso e valore sociale all’azione dello psicologo di base, va definito in che modo tale scopo possa essere perseguito (Salvatore & Palma, 2024).

L’intento del seguente documento è, quindi, quello di delineare una visione condivisa dell’area dell’intervento, identificando gli obiettivi trasversali e i criteri utili per regolare l’azione dello psicologo di base sul piano funzionale e supportare l’adozione di linee di intervento condivise. È utile precisare che la definizione delle aree operative e delle funzioni non contiene in sé indicazioni su come realizzarle; il *come* – nei suoi innumerevoli aspetti: logistici, temporali, organizzativi, pragmatici – è funzione inevitabilmente dei modelli professionali, del tipo di problematiche intercettate, dei vincoli e delle risorse disponibili, che variano da contesto a contesto; inoltre, il significato dell’azione del professionista non risiede esclusivamente nelle operazioni che la sostanziano (es. la conduzione di un’intervista, la somministrazione di un test), ma nel come queste operazioni interagiscono e si combinano reciprocamente entro e in accordo ad un contesto determinato dalla richiesta dell’utente e dalle condizioni organizzative e istituzionali dell’intervento. Poste queste premesse, il documento programmatico è così articolato.

Una prima sezione di background richiama principi teorico-pratici di ordine generale in tema di salute psicologica su cui oggi la ricerca ha costruito notevole convergenza e analizza lo scenario/le condizioni contestuali entro cui si muove oggi l’azione professionale.

Una seconda sezione prova ad articolare le principali funzioni ascrivibili allo psicologo di base: partendo dal riferimento legislativo e valorizzando anche le riflessioni e gli input degli attori istituzionali che hanno accolto il nostro invito a discutere sulla legge regionale, si è tentato di interpretare la legge entro una prospettiva salutogenica e comunitaria, provando a definire macroaree e funzioni cui la psicologia di base (e con essa il Sistema Sanitario Nazionale o SSN) deve tendere. L'attuabilità e lo sviluppo della vision espressa è, evidentemente, funzione delle risorse economiche, organizzative e strutturali che nel medio e nel lungo termine saranno investite sul servizio<sup>1</sup>, dalla realizzazione e articolazione che sarà data ai percorsi formativi per gli psicologi di base previsti dalla legge regionale, nonché dalla capacità degli psicologi e degli organi che li rappresentano di condividere e promuovere presso medici di base, pediatri di libera scelta, altri professionisti operanti nel SSN, realtà del terzo settore e utenza una vision chiara della funzione e degli scopi della psicologia di base.

Una terza sezione mappa i modelli di servizio riconoscibili attraverso la ricognizione delle sperimentazioni e delle esperienze pilota realizzate nell'ambito delle cure primarie e avanza alcune considerazioni sui loro punti di forza e vincoli.

Una quarta sezione insiste sulle esigenze formative degli psicologi di base, suggerendo alcune principali aree di competenza che sarà necessario sviluppare.

La prima appendice riporta alcune esperienze pilota e sperimentazioni nazionali e internazionali sul tema della psicologia di base, nonché alcuni esempi di progetti territoriali che hanno identificato nella comunità (nelle reti associative, formali e informali che la abitano) il target dell'intervento, entro la prospettiva per cui la salute del singolo è funzione anche della qualità della rete comunitaria in cui è iscritto; la seconda appendice riporta la normativa nazionale in tema di assistenza psicologica di base.

---

<sup>1</sup> Benché non si possa che salutare positivamente la legge istitutiva dello psicologo di base, sappiamo come storicamente l'attuazione limitata dei piani, delle politiche e della legislazione in materia di salute mentale sia dovuta, in buona parte, alla mancanza di risorse, sia umane che di bilancio. Secondo l'OMS (Rapporto mondiale sulla salute mentale: trasformare la salute mentale per tutti, 2022), nel 2019, la maggior parte dei Paesi dichiaranti (67%) ha speso meno del 20% del proprio budget per la salute mentale per i servizi di salute mentale di comunità. Circa l'80% dei Paesi ha speso meno del 20% per la salute mentale negli ospedali generali e, analogamente, l'80% dei Paesi ha speso meno del 20% per la salute mentale nelle cure primarie. Le spese per i programmi di prevenzione e promozione sono state ancora più ridotte.

## 1. BACKGROUND

---

### 1.1 *Principi teorico-pratici*

La psicologia è oggi alimentata da un fertile dialogo tra prospettive teoriche che – pur nella diversità, a volte profonda, dei costrutti cui fanno riferimento – si riconoscono in una comune concezione intersoggettiva e contestuale della mente che porta con sé l'idea che i modelli di pensiero e di azione degli individui, il loro modo di percepire, sentire, agire e reagire alle esperienze siano alimentati/vincolati dalle caratteristiche dei sistemi relazione e di significazione in cui sono inscritti.

Il benessere, così come il malessere mentale, in questa prospettiva, non può più essere considerato una caratteristica dell'individuo, ma la proprietà emergente di un processo in cui giocano una parte fondamentale i contesti (es. familiari, scolastici, di vicinato, di assistenza e di cura) che rappresentano i sistemi di regolazione cui il singolo partecipa (Dazzi & De Coro 2007).

Entro questa premessa-quadro generale, definiamo quattro termini cardine attorno ai quali si organizza la funzione dello psicologo di base: *salute, resilienza, prevenzione e promozione della salute*.

Come enfatizzato dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 (Ministero della Salute, 2020), la *salute* va concepita come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health). Accogliendo la definizione della salute proposta dalla costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1946) come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, uno dei modelli concettuali considerato più solido dal punto di vista scientifico è quello che, facendo riferimento alla teoria bioecologica dello sviluppo umano (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 2007), considera la salute la risultante di relazioni continue e reciproche tra le caratteristiche personali, i bisogni evolutivi, le caratteristiche dell'ambiente micro e macro-sociale (politiche pubbliche e della salute, grado di coinvolgimento dei cittadini nell'identificazione delle risposte da dare ai problemi, discorso sociale prodotto dai diversi media e dai diversi soggetti presenti nelle reti sociali sul disagio e la malattia mentale, qualità dei servizi, delle relazioni, dell'ambiente fisico complessivo presente nella zona di abitazione, ecc.). Questo modello integrato esige una comprensione dinamica e contestuale della salute.

La salute mentale – che non può essere concepita come uno stato binario di presenza/assenza – si muove in modo fluido lungo un complesso continuum con esperienze che vanno da uno stato ottimale di benessere a stati debilitanti di grande sofferenza. Nel corso della vita, il punto in cui ciascun individuo si trova lungo il continuum fluttua in risposta a situazioni e fattori di stress cangianti, di tipo individuale ma anche sociale e strutturale. Il contesto può alimentare interpretazioni costruttive e progettuali dell'esperienza, alimentare forme di vita e di cittadinanza positive, generative di benessere o, al contrario, ridurre la capacità delle persone di dare senso prospettico all'esperienza, di partecipare in forma costruttiva agli scambi sociali, di regolare appropriatamente la relazione con gli ambienti di vita, di reagire adattivamente ai problemi.

Molti studi prospettici hanno evidenziato che circa due terzi degli adulti confrontati con fattori di stress significativi (es. traumi, malattie fisiche, difficili circostanze di vita, sfidanti transizioni di vita...) non mostrano alcuna compromissione psicologica o funzionale (Bonanno, Westphal, & Mancini, 2011; Kalisch et al., 2017) e come in setting caratterizzati da povertà e ineguaglianze sociali, molte cosiddette malattie mentali, e particolarmente i comuni disturbi mentali, possano essere comprese come reazioni normali a circostanze sociali negative (Campbell & Burgess, 2012).

Gli studi sulla resilienza e le più recenti prospettive (inter alia: Gottlieb, 2007; Kalisch et al., 2019; Liu, Reed, & Girard 2017; Mastern, 2016; 2018) evidenziano come la *resilienza* non sia un semplice tratto individuale di personalità ma – concepita come qualità di un sistema dinamico di adattarsi con successo attraverso processi multisistemici alle sfide che ne minacciano la funzione, la sopravvivenza o lo sviluppo (Masten et al., 2021) – qualcosa che si applica a diversi tipi e livelli di sistemi, interni all'individuo (es. il sistema immunitario) ma anche concernenti i sistemi familiari, educativi, economici, comunitari, societari.

Le persone, le famiglie e le comunità riescono ad affrontare situazioni difficili quando possono contare su diversi fattori di protezione (es. inclusi interazioni familiari positive, qualità dell'educazione, condizioni lavorative dignitose, quartieri sicuri, buon supporto sociale, senso di appartenenza, fiducia in un futuro migliore), quando sono aiutate a comprendere e ridurre i fattori di rischio e quando sono capaci di riconoscere le proprie risorse individuali, familiari e sociali e di utilizzarle come aiuto in una modalità ritenuta significativa da loro stessi e dal contesto socio-culturale a cui appartengono (Campbell & Burgess, 2012).

La *prevenzione* comprende misure finalizzate a prevenire l'insorgenza del disagio e del disturbo mentale, come ad esempio la riduzione dei fattori di rischio (prevenzione primaria), ma anche misure volte ad arrestare l'evoluzione di un disturbo, ad esempio attraverso una terapia appropriata (prevenzione secondaria) e a ridurne le conseguenze (prevenzione terziaria) (WHO, 1984).

Se il target privilegiato degli interventi di prevenzione è tradizionalmente identificato nell'individuo o in gruppi sociali a rischio, la *promozione della salute* rappresenta un processo sociale e politico globale, che non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche azioni volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche e ad attenuarne l'impatto sulla salute del singolo e della collettività. Definita come il processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla (Carta di Ottawa - WHO, 1986), la promozione dalla salute va intesa come un processo complesso che passa attraverso lo sviluppo delle abilità personali, le politiche pubbliche per la salute, la creazione di ambienti favorevoli, l'insistenza su interventi di prevenzione e promozione della salute che mirino al coinvolgimento della popolazione nei processi di empowerment; un principio ripreso anche dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 – della Regione Puglia (2022). Costruire ambienti familiari, educativo-scolastici e sociali ricchi di affetti, relazioni e stimoli sul piano socio-emotivo e cognitivo contribuisce in maniera determinante al benessere psicofisico dell'individuo e allo sviluppo della società nel suo insieme. L'orizzonte teorico cui si fa riferimento mette dunque al centro non tanto e non solo il problema della vulnerabilità, quanto l'interessa della persona con le sue potenzialità, attraverso interventi di prevenzione del disagio e promozione della salute che sono complementari e al contempo distinte e autonome, investendo non solo il livello personale, ma anche quello ambientale e collettivo.

Se la salute individuale è funzione anche della qualità del sistema sociale, la psicologia di base è chiamata a promuovere le risorse di senso generative del benessere soggettivo che l'ambiente culturale locale mette a disposizione; risorse di senso che alimentino la capacità delle persone di interpretare la realtà e di relazionarsi ad essa in modo costruttivo. Il luogo dell'intervento, in questa ottica, non è solo lo studio dello psicologo; sono le reti comunitarie, e tutti i luoghi (non necessariamente fisici, si pensi ai processi comunicativi) che si configurano come potenziali catalizzatori della produzione di risorse di senso. La salute è una responsabilità collettiva.

## 1.2 Analisi dello scenario

Alle ragioni di ordine teorico-concettuale che suggeriscono un approccio salutogenico e contestuale alla riduzione del rischio di disagio psicologico, alla prevenzione e alla promozione della salute, si aggiungono considerazioni di scenario.

**✓ Il malessere psicologico è cresciuto in modo esponenziale e attraversa generi, generazioni e classi sociali**

Secondo l'ultimo report sulla salute mentale prodotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2019, 1 persona su 8, ovvero 970 milioni di persone in tutto il mondo, ha sofferto di un disturbo mentale, dunque quasi un miliardo (52,4% donne; 14% di adolescenti); una persona su 100 è deceduta per suicidio e nel 58% dei casi il suicidio si è verificato prima dei 50 anni (WHO, 2022a). A prevalere sono i disturbi d'ansia (31%) e depressivi (28,9%), seguiti da disturbi dello sviluppo (11,1%). Le disuguaglianze sociali ed economiche, le emergenze di salute pubblica, la guerra e la crisi climatica costituiscono minacce strutturali globali per la salute mentale. Nel 2020, entro lo scenario COVID-19, il numero di persone affette da disturbi d'ansia e depressivi è aumentato in modo significativo, rispettivamente del 26% e del 28% in un solo anno (WHO, 2022b); l'incremento ha interessato più le donne che gli uomini, probabilmente perché meno esposti alle conseguenze sociali ed economiche della pandemia.

Il report dall'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Psicologi (ENPAP, 2023) sui risultati preliminari per la valutazione dell'efficacia dei percorsi di trattamento psicologico e psicoterapeutico per ansia e depressione del Progetto "Vivere Meglio" (<https://viveremeglio.enpap.it/>), che ha consentito l'accesso gratuito a percorsi psicologici e terapeutici, evidenziano come a inizio percorso il 71% dell'utenza mostrasse una sintomatologia depressiva, il 59% una sintomatologia ansiosa, l'83% una diminuzione significativa del funzionamento in ambito lavorativo, familiare, sociale e personale. I disturbi d'ansia, dell'umore e dell'adattamento, considerati complessivamente, riguardano il 78% degli utenti.

Benché le persone esposte a circostanze avverse, tra cui povertà, violenza, disabilità e disuguaglianza, siano più a rischio di manifestare un severo disagio mentale, quest'ultimo attraversa generi, generazioni e classi sociali.

### ➔ *Implicazioni*

Da un lato, è utopico pensare che si possa trattare un fenomeno globale come sommatoria di interventi centrati sui singoli individui, anche quando la dotazione di psicologi di base diventasse maggiore di uno psicologo per distretto. Dall'altro, è ragionevole assumere che, se il disagio raggiunge la scala sistematica, è perché gli individui subiscono l'impatto di dinamiche sovraordinate (es. incertezza contestuale, impoverimento delle reti di supporto, dissoluzione di prospettiva temporale e progettualità e al contempo importante disorientamento delle agenzie educative) (Salvatore & Palma, 2024).

Può essere richiamata qui la nozione di amplificazione strutturale (Ross et al., 2001): un processo dovuto alla mancanza di risorse dell'ambiente che mina gli attributi personali che altrimenti modererebbero le conseguenze indesiderabili di una condizione o minaccia oggettiva. Vale la pena sottolineare che – nel quadro di un generale declino delle reti sociali e dei legami familiari nella società contemporanea – basso capitale sociale (es. fiducia interpersonale e sociale, ampiezza delle reti sociali, supporto sociale), senso di anomia e vissuto di vivere in un contesto in cui la fortuna è più importante che acquisire conoscenze per costruire il proprio futuro, vissuti di solitudine e alienazione dimostrano un'associazione significativa con diversi indicatori di disagio psicologico (Borrell & Boulet, 2005, Chen & Feeley, 2014; de Jong Gierveld, van Tilburg, & Dykstra, 2018; Moretta & Buodo, 2020; O Mushtaq et al., 2014; Ocean & Smith, 1993; Poortinga, 2012; Venuleo et al., 2016).

È facile, ad esempio, osservare come molti comportamenti devianti e violenti, che sono al centro di molti episodi di cronaca, si inseriscono nel contesto non solo di relazioni familiari inadeguate ma di un ambiente sociale che appare desertico in quanto a opportunità di intravedere canali sani di espressione della propria identità sociale (Kaes, 2012). Se si sospendono le lenti della psicopatologia, si può riconoscere in molte forme di malessere una domanda di senso e di identità che è tanto più profonda, quanto più la transazione con l'ambiente appare incerta, i problemi poco rappresentabili, le alternative per affrontarli indisponibili.

**✓ Vincoli (organizzativi e culturali) nella domanda  
individuale di presa in carico**

- Molte forme di disagio si mantengono compatibili con l'esercizio dei ruoli sociali e lavorativi, con le domande di adattamento che gli ambienti di vita avanzano nei confronti degli individui. *Il disagio, quindi, è spesso invisibile, incapace di raggiungere i luoghi della presa in carico.* Quando emerge, emerge in molti casi in una fase acuta e/o solo in una fase tardiva o nelle modalità estreme proprie delle dinamiche prorompenti, assumendo la forma di radicale rottura – vandalismo, ritiro sociale, agiti violenti, spesso spettacolarizzati, atti suicidari.
- *Lo stigma e la discriminazione rispetto al disagio psicologico e alla possibilità di richiedere aiuto sono ancora molto elevati* (Kakhramonovich, 2022). Anche quando si riconosce un disagio psicologico, è ancora importante la percentuale di chi dichiara che non si rivolgerebbe allo psicologo per paura di essere giudicato.
- *Le risorse per la presa in carico individuale sono insufficienti* – il divario tra bisogno e prestazioni di assistenza/cura elevato. Indiziamene, stando ai dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, solo il 29% delle persone con diagnosi di psicosi (WHO, 2021) e solo un terzo delle persone con diagnosi di depressione viene preso in carico (Moitra et al., 2022). Rimanendo sul nostro paese, secondo il Rapporto Salute Mentale 2022 (Ministero della Salute, 2022), l'età media e l'età mediana dei nuovi utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale con diagnosi psichiatriche gravi (depressione, disturbi della personalità e del comportamento, mania e disturbi affettivi bipolari, schizofrenia e altri disturbi funzionali quelle considerate) sono superiori ai 40 anni.

➔ ***Implicazioni***

Tali considerazioni suggeriscono non solo l'opportunità di adottare una logica di presa in carico precoce, decentrata, finalizzata a ridurre i rischi di evoluzioni critiche delle forme del disagio (come già richiesto dalla legge regionale pugliese), ma anche di prevedere setting differenziati.

In alcuni casi lo psicologo potrà operare direttamente con le persone portatrici del disagio, dunque attraverso un setting interpersonale; in altri casi, dovrà agire in setting di prossimità, nei termini della consulenza prestata alle agenzie territoriali che possono intercettare il disagio (es. le realtà associative, le parrocchie) e di promozione della salute nei luoghi di vita delle persone (es. scuole, gruppi associativi e di volontariato, centri interculturali, quartieri) attraverso il potenziamento della qualità della rete sociale. Riconoscere i sintomi dello stress e del disagio nelle prime fasi di sviluppo, sapere come accedere ai servizi ed usarli, partecipare a spazi sociali salutari in cui sia possibile maturare un pensiero critico circa i drivers sociali e culturali del distress e del malessere mentale, gli ostacoli a una risposta efficace, e come il loro impatto possa essere prevenuto o attenuato sono alcune delle caratteristiche di una comunità competente sulla salute che possono essere promosse nella rete sociale (Campbell & Burgess, 2012).

**✓ Pluralizzazione dei modelli di rappresentazione e fruizione  
della relazione medico-paziente**

L'utenza del medico propone spesso domande che appaiono estranee alla funzione professionale, e/o comportamenti e modi di rapportarsi al medico che appaiono "disturbanti" rispetto alle tecniche, alle procedure, ai modelli attesi di partecipazione e di utilizzo.

Un'ampia letteratura nell'ambito delle scienze umane segnala come negli ultimi trent'anni si sia assistito da un lato a una pluralizzazione dei modelli culturali con cui gli utenti interpretano la relazione con il medico (es. attese di rapporto, rappresentazione della funzione professionale, modalità di partecipazione), dall'altro a un progressivo indebolimento dell'autorità della figura professionale (Carli et al., 2016; McKinlay, J.B., & Marceau, L.D. 2002; Venezia et al., 2019; Vinson, 2016). Non è questa la sede per esaminare la complessità dei fattori che intervengono in questa dinamica. Basti qui richiamare la facile accessibilità delle informazioni sul web, che incoraggia le persone a pensare che ognuno possa avere una conoscenza completa di sé stessi e quindi gestire la propria salute non solo senza il supporto medico, ma anche a dispetto di esso (Ahmad et al., 2006; Brownstein, Freifeld, & Madoff, 2009) e l'ampia diffusione di forme di cura non convenzionali e di autocura (Adams, 2013; Tan & Goonawardene, 2017).

Tutti questi elementi sono, al tempo stesso, motori e segnali di un nuovo scenario in cui gli utenti si propongono come "consumatori informati" e i medici sono chiamati a seguire la domanda, piuttosto che a regolarla normativamente, come hanno fatto tradizionalmente (Venuleo & Guacci, 2014). Per aggiungere un ulteriore elemento di complessità, le rappresentazioni della pratica medica sono diventate più frammentate, dinamiche e fluide in ragione della minore stabilità dei sistemi di conoscenza, che caratterizza la società contemporanea. Precedenti ricerche aiutano ad evidenziare l'impatto dei modelli culturali che sostanziano le rappresentazioni sui modi con cui gli attori individuali e istituzionali agiscono e valutano l'esperienza (Rochira et al., 2019; Venezia et al., 2019; Venuleo et al., 2023). Differenti rappresentazioni della relazione medica corrispondono non solo a differenti modelli di interpretazione e partecipazione alla relazione ma anche a differenti livelli di compliance e di soddisfazione, due dimensioni cruciali del rapporto con il medico e il sistema sanitario.

#### ➔ ***Implicazioni***

Il rapporto con un'utenza sempre più variabile e differenziata nelle sue attese, caratteristiche e modalità di partecipazione alla vita dei servizi mette in crisi un modello di erogazione basato sull'eccellenza tecnica. La tecnica può essere valorizzata se attorno ad essa si realizzano modelli di erogazione/fruizione coerenti con il suo esercizio e valorizzazione. Tali considerazioni suggeriscono l'opportunità di concepire il supporto ai medici di base e ai pediatri di libera scelta anche in termini di funzione di potenziamento dell'azione professionale, attraverso la promozione della capacità di interpretare la domanda dell'utenza e governare le condizioni relazionali e organizzative che consentano all'operatività medica di dispiegarsi.

✓ **Incertezza e domanda di senso/cura**

Molte delle problematiche di convivenza sono interpretabili come modo di fronteggiare la condizione di radicale incertezza e di perdita di senso che caratterizza la società contemporanea.

Gli shock sociali, economici e geopolitici che si sono susseguiti dall'inizio degli anni 2000 (l'attacco alle Torri Gemelle 2001, la crisi finanziaria mondiale del 2007-08; la crisi dei rifugiati in Europa nel 2016; la pandemia da Covid-19 nel biennio 2020-22; i recentissimi conflitti armati in Europa e nel Mediterraneo), oltre ad aver avuto un impatto anche concreto sulla vita di molte persone, infiltrandosi nel quotidiano, hanno aumentato il senso di incertezza soggettiva, il disorientamento, il senso di vulnerabilità, eroso il benessere psicologico.

In uno scenario di questo tipo le soluzioni puramente tecniche ai problemi umani, inclusi quelli legati alla salute fisica e mentale, non sono sufficienti. Il benessere della persona è collegato anche al suo habitat relazionale, sicché appare essenziale agire sul e nel tessuto delle relazioni sociali e nei luoghi di vita, nelle comunità di appartenenza per ripristinare le risorse di senso e di cura, così da prevenire l'insorgere del disagio e sostenere individui, famiglie e comunità nel fronteggiamento delle situazioni avverse e nello sviluppo di progettualità.

### ➔ **Implicazioni**

In questa ottica, e in sintonia con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, emergenti dal recente *"World mental health report: Transforming mental health for all"* (WHO, 2022a) che pone l'accento sull'importanza di intervenire sulle determinanti sociali della salute e sulla necessità di rinforzare le reti sociali, si tratterebbe di lavorare per ricostruire o potenziare reti formali e informali capaci di funzionare da incubatori di senso e di modelli di relazione costruttivi con l'ambiente che possano alimentare il progresso civile, sociale, culturale, ad esempio favorendo lo sviluppo di setting intermedi (le pratiche sociali dove sono attivi rapporti interpersonali significativi e orientati a perseguire scopi metapersonali) e l'adozione entro le infrastrutture psicosociali (reti formali e informali) di una logica di prosumership in cui gli utenti cooperino nella costruzione del valore, in cui i cittadini siano coinvolti attivamente (engagement) nell'analisi dei problemi e delle soluzioni (Salvatore et al., 2019).

## **2. LO PSICOLOGO DI BASE: MACROAREE DI INTERVENTO E FUNZIONI**

---

Nel contesto delle finalità indicate dalla legge pugliese istitutiva dello psicologo di base, e insieme entro e in ragione della prospettiva salutogenica e dell'analisi di scenario proposta nella prima sezione, si individuano qui tre principali potenziali macroaree di intervento dello psicologo di base e connesse funzioni:

- Macroarea A: primo intervento su situazioni critiche (prevenzione secondaria);
- Macroarea B: potenziamento dell'azione medica;
- Macroarea C: potenziamento delle reti formali e informali e delle risorse comunitarie.

Le tre macroaree rimandano anche a diverse modalità di intendere la funzione di supporto nei confronti di medici di base e pediatri di libera scelta, che possiamo definire modalità *autonoma, integrativa o di potenziamento*.

- *funzione autonoma*: l'azione dello psicologo di base serve a prendere in carico e contenere dimensioni psicologiche estranee alla funzione tecnico-professionale del medico. Si pensi a problemi legati all'adattamento a eventi critici come malattie gravi e/o croniche, lutti, perdita del lavoro, separazioni, altri eventi che richiedano un riadattamento familiare di ruoli e funzioni, o ai problemi legati a fasi del ciclo di vita, o ai disagi emotivi transitori;
- *funzione integrativa*: lo psicologo di base lavora in sinergia con il medico nel riconoscimento dell'inscindibilità degli aspetti psichici e corporei. Si pensi alle malattie psicosomatiche ma anche al distress psicologico connesso ad eventi clinici acuti (es. infarto), alla diagnosi di una malattia severa o cronica, che richiedono non solo un cambiamento dello stile di vita ma anche l'elaborazione del turning point segnato dall'evento;
- *funzione di potenziamento*: lo psicologo di base è chiamato a lavorare al servizio della relazione tra il medico e il paziente e delle reti formali e informali (es. case di comunità, famiglie, realtà associative, servizi socio-sanitari) sostenendone la capacità di scopo. Rispetto alla relazione medico-paziente, lo psicologo di base può potenziare la capacità dei professionisti di creare o mantenere le condizioni relazionali e organizzative che consentano all'operatività medica di dispiegarsi, ad esempio sostenendo il riconoscimento delle componenti psicologiche del disagio fisico espresso e il governo

delle dimensioni emozionali veicolate dalla domanda di presa in carico. Rispetto alle reti formali e informali, lo psicologo di base può svolgere funzioni di prevenzione primaria e promozione della salute nei luoghi di vita delle persone (es. scuole, organizzazioni, quartieri), cioè lavorare alla creazione di uno stock di risorse (capitale socio-culturale) che le persone (le comunità) possono usare anche quando l'intervento finisce, in sinergia con altri professionisti ed equipe del sistema sanitario, gruppi associativi e di volontariato, servizi orientati all'integrazione, centri interculturali, servizi ambientali nel riconoscimento del valore che le reti sociali e i contesti associativi possono svolgere nel fornire forme di sostegno sul piano informativo, relazionale, culturale ed esistenziale.

Si noti che alcune aree di intervento possono essere affrontate in chiave sostitutiva, integrativa o di potenziamento: si pensi alla scarsa aderenza alla cura e alla richiesta impropria di prestazioni sanitarie cui fa riferimento la legge pugliese (art. 2, comma 3), che possono essere ricondotte sia a componenti psicologiche proprie dell'utenza (es. malattie psicosomatiche) che a dimensioni connesse alle modalità di interpretazione della relazione medica, che il medico può essere supportato a regolare.

## **2.1 Primo intervento su situazioni critiche (macroarea A)**

Questa macroarea intende la funzione psicologica in termini autonomi o integrativi rispetto alla funzione professionale del medico. Si focalizza in particolare sull'intervento volto ad intercettare e a contenere il disagio connesso a situazioni di criticità, che possono essere rappresentate da una condizione di malattia, ma anche da altre condizioni esistenziali e di vita. La legge regionale, all'art. 2, comma 4, fa riferimento in maniera esplicita sia a una dimensione diagnostica che di supporto e – in maniera implicita, a una funzione di orientamento rispetto ai servizi presenti nel territorio, che implica anche la valorizzazione delle risorse ambientali e della capacità dell'utente di riconoscerle come strumenti per il suo benessere.

*Lo Psicologo di base assume in carico la richiesta di assistenza e sviluppa un progetto clinico comprensivo di una dimensione diagnostica e di un programma di supporto psicologico, avvalendosi anche delle strutture pubbliche e private di secondo livello competenti sul problema individuato.*

La stessa legge regionale, all'art. 2, comma 3, identifica alcune condizioni/problemi che interferiscono con il benessere e dunque alcune aree di lavoro. Molte di esse richiamano situazioni di vulnerabilità, intesa come condizione che può riguardare ogni individuo e ogni famiglia in specifiche fasi del ciclo di vita e/o in rapporto a eventi stressanti: *"problemi legati all'adattamento (lotti, perdita del lavoro, separazioni, malattia cronica); problemi legati a fasi del ciclo di vita; disagi emotivi transitori, sintomatologia ansioso-depressiva legati a eventi stressanti; sostegno psicologico alla diagnosi infausta e alla cronicità o recidività di malattia (...) problematiche psicosomatiche.* Altre rimandano al rapporto medico-paziente – *scarsa aderenza alla cura; richiesta impropria di prestazioni sanitarie* – su cui evidentemente si può operare sia entro la funzione di supporto offerta al paziente, che entro una funzione di supporto offerta al professionista (medico).

*Possiamo ascrivere a questa macroarea le seguenti finalità:*

- favorire l'intervento precoce anche in situazioni dove non vi sia domanda da parte dell'utenza e dunque prevenire la cronicizzazione;
- promuovere l'empowerment personale anche attraverso interventi di promozione dell'Health Literacy (alfabetizzazione sanitaria), cioè della capacità degli individui di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate le decisioni di salute (WHO);
- agevolare la conoscenza dei servizi presenti sul territorio;
- consentire la diminuzione delle prescrizioni farmacologiche e dell'utilizzo improprio delle risorse del Sistema Sanitario (es. esami e visite ambulatoriali e specialistiche non necessarie; accesso improprio ai pronto soccorso).

## FUNZIONI MACROAREA A

Sono di seguito descritte le funzioni ascrivibili a questa macroarea: valutazione diagnostica/assessment; intervento di supporto focalizzato; informazione e orientamento; coordinamento con e invio ad altri servizi

### Valutazione diagnostica/assessment

Parliamo di valutazione diagnostica/assessment perché ‘diagnosi’ rimanda tradizionalmente a una focalizzazione su dimensioni/indicatori psicopatologici (sintomatologia, livelli di funzionamento, struttura personalità...), utili ma non sufficienti entro una funzione preventiva, che andrebbe concepita più estesamente in termini di assessment psicosociale. La fase dell’assessment è evidentemente cruciale per una corretta definizione del progetto di aiuto, cioè per la definizione di una risposta che sia al contempo *coerente, appropriata, sostenibile, partecipata e condivisa*.

- La *coerenza* rimanda ad una comprensione globale e integrata dei bisogni del paziente: va dunque interpretata in una chiave multidimensionale che tenga conto dei fattori di rischio e protettivi, delle risorse e dei vincoli interni dell’utente (es. organizzazione della personalità, livello generale di funzionamento, capacità riflessiva) ed esterni (es. qualità della rete di riferimento e del più ampio contesto di vita). Deve includere dunque “come parametro fondamentale” anche i contesti che rappresentano i sistemi di regolazione cui il singolo partecipa: sistemi familiari, scolastici, di vicinato, di cura, che offrono risorse o pongono vincoli alle potenzialità adattative e trasformative dell’individuo. A questo scopo, lo psicologo di base potrà basarsi primariamente sul colloquio ma anche avvalersi di interviste strutturate, questionari, test grafici, in ragione della sua formazione e del suo bagaglio di competenze. Nel medio termine, sarà tuttavia auspicabile la condivisione tra gli psicologi di base di un nucleo di strumenti condivisi che possano accompagnare e sostenere la valutazione e poi la verifica degli effetti pre-post che l’intervento psicologico genera sul piano del benessere e dell’efficienza organizzativa.

- L'*appropriatezza* rimanda alla necessità di tenere in conto la specificità dei bisogni e la loro intensità, nonché delle risorse e dei vincoli: l'assessment potrà ad esempio suggerire l'utilità potenziale di una presa in carico di I livello o l'opportunità di un lavoro che miri a sviluppare una committenza su una presa in carico di II livello; potrà suggerire l'opportunità di attivare o meno altri livelli di intervento, di coordinarsi o meno con altre figure professionali (es. assistente sociale) e servizi o realtà associative.
- La *partecipazione* rimanda all'opportunità di intendere l'assessment come un'operazione relazionale e congiunta che richiede il coinvolgimento attivo dell'utente nel definire problemi, bisogni e risorse e di altre figure (es. medico inviante) che possono portare un contributo utile a questa fase di valutazione iniziale. Lo psicologo di base pone attenzione a quali livelli di partecipazione siano di volta in volta appropriati alla situazione specifica e all'età dell'utente (es. singolo, coppia genitoriale, o famiglia) e propone strategie e strumenti che consentono di "prendere la parola", o di utilizzare altri canali (es. disegno) per esprimere rappresentazione dei problemi, come dei propri progetti. La partecipazione consente di valorizzare il sapere esperienziale dell'utente e dell'interlocutore; un sapere che porta con sé anche criteri di interpretazione del problema, dei vincoli e delle risorse, proprie e del suo contesto di riferimento, degli obiettivi che – grazie anche al setting consulenziale – si potranno perseguire, dei modelli di partecipazione attesi, e così via. Tali criteri non sempre sono congruenti rispetto agli obiettivi di sviluppo e di adattamento ma – se riconosciuti – potranno essere compresi e dialettizzati. In questo senso, raccogliere il punto di vista dei pazienti, e tenerne conto nei processi di analisi, di decisione e di costruzione degli obiettivi, per promuoverne l'*agency*, è conditio sine qua non solo dal punto di vista etico, ma anche pragmatico e professionale.
- La *condivisione* fa riferimento alla costruzione delle condizioni che consentano all'interlocutore di cooperare con il progetto di intervento; l'utente deve considerarne sensati i contenuti, rilevanti gli obiettivi che si intendono realizzare, comprensibili le regole del gioco che ne mediano la realizzazione (norme, richieste di ruolo).

La condivisione è, in questo senso, un punto di arrivo, più che di partenza, e va costruito nella e attraverso la relazione. Tanto più l'assessment viene interpretato come un'azione plurale e dialogica, tanto più il quadro informativo a disposizione per la successiva fase di progettazione dell'intervento potrà facilitare l'individuazione coerente e culturalmente sensibile di obiettivi, azioni e risultati attesi condivisi, realistici, efficaci (capaci, cioè di apportare cambiamenti percepiti come concretamente utili nella vita quotidiana e nel rapporto adattativo con il contesto).

*L'analisi preliminare potrà orientare la decisione di avviare o meno un intervento di supporto psicologico, e/o di suggerire una prestazione sanitaria di altra natura, ecc. Ogni ipotesi di intervento sarà motivata e argomentata in maniera esaustiva e trasparente.*

□ Intervento di supporto focalizzato

Il supporto potrà declinarsi in termini di interventi volti:

- alla comprensione e al contenimento del disagio (anche quello connesso ad una diagnosi infausta o a una malattia cronica): comprensione delle condizioni soggettive, intersoggettive, ambientali che danno forma al disagio; contenimento in termini, ad esempio, di validazione delle dimensioni emozionali e della possibilità di riconoscere il senso della sintomatologia e/o il significato degli eventi critici con cui ci si confronta;
- alla promozione presso i fruitori del loro empowerment, cioè delle loro capacità di gestire la propria condizione, di definire e costruire i termini della loro vita, della loro identità e dei loro progetti;
- allo sviluppo della committenza per un'eventuale presa in carico di II livello. Coerentemente con una presa in carico di I livello, lo psicologo di base può lavorare con utenti portatori di condizioni psicopatologiche, ma non su tali condizioni (vale a dire: con l'obiettivo di modificarle). Gli interventi di supporto non hanno per obiettivo la modificazione dell'eventuale condizione psicopatologica, ma il potenziamento delle opportunità di adattamento entro i vincoli dati da tale condizione.

L'intervento dovrà essere *sostenibile, trasparente e validabile*:

- la *sostenibilità* rimanda alla necessità di programmare un intervento che sia percorribile in un tempo congruo e definito, sia dal punto di vista dell'utente che degli obiettivi della presa in carico;
- la *trasparenza* fa riferimento alla necessità di condividere con l'utenza obiettivi e metodo della presa in carico (es. numero e frequenza degli incontri, modalità di partecipazione attesa, eventuale somministrazione di test e ragioni del loro utilizzo);
- la *validabilità* ha valore di riscontro del proprio operato e guida la rivisitazione del modello operativo (teorico, metodologico, tecnico) adottato. Possiamo distinguere due elementi della validazione: verifica e valutazione. La verifica concerne l'analisi dei risultati raggiunti, che può essere compiuta sia durante l'intervento, con funzione di monitoraggio del processo, che a conclusione dell'intervento. Ad essa possiamo riconoscere tre principali finalità: a) la comprensione dei fattori che hanno permesso o ostacolato il raggiungimento dei risultati: fattori situazionali (es. nuovi elementi di preoccupazione, eventi inaspettati nella storia familiare ecc.), fattori organizzativi (es. livelli di integrazione tra i professionisti coinvolti nella presa in carico; risorse a disposizione), fattori metodologici (es. inadeguatezza degli interventi rispetto alla problematica evidenziata), fattori relazionali (es. rotture dell'alleanza che hanno modificato o compromesso il percorso); b) l'analisi delle aree di intervento che è utile potenziare: ad esempio, la mappatura delle situazioni di disagio intercettate potrà orientare la progettazione e realizzazione di interventi specifici rivolti a specifiche tipologie di utenza (es. gruppi di supporto per i caregivers di persone in gravi condizioni di malattia/disabilità); c) Il potenziamento dell'integrazione e del coordinamento con i medici di base e i pediatri di libera scelta invitanti: ad esempio, i dati potranno essere usati per condividere impatto della presa in carico psicologica in termini di riduzione della spesa farmaceutica e numero di visite mediche. La valutazione concerne il giudizio relativo all'utilità/appropriatezza/senso attribuito dal cliente; anch'essa è pensabile in termini di monitoraggio o a conclusione dell'intervento ma anche come rilevazione post-intervento (follow up) per pensare la stabilità o il possibile sviluppo di quanto conseguito. La valutazione è anche un'opportunità di apprendimento e di lavoro. Deve essere *condivisa e partecipata*.

La *condivisione* rimanda all'opportunità di criteri condivisi rispetto alla valutazione. La *partecipazione* rimanda all'opportunità di prevedere il dialogo con il cliente/sistema cliente rispetto ai benefici dell'intervento, come agli aspetti di insoddisfazione. Vale la pena evidenziare che il sistema cliente può comporsi di varie figure (es. utente diretto, medico inviante, parti terze), ognuna delle quali portatrice di uno specifico punto di vista e criteri di valutazione, non necessariamente allineati (si pensi a un adolescente e a una coppia genitoriale). La valutazione non va dunque intesa come un dato descrittivo, ma come un atto relazionale, che esprime la posizione dell'attore nei confronti del servizio erogato (Salvatore & Cordella, 2023). Il come della validazione, dalla scelta degli strumenti (es. osservazione, colloquio, questionari, test, loro integrazione) alle modalità di erogazione (es. in presenza, a distanza) sarà, evidentemente, funzione dell'oggetto da valutare, del chi valuta (es. formazione e modelli professionali), e delle risorse, anche temporali, a disposizione.

Informazione e orientamento

Alcune situazioni di disagio (es. condizioni di solitudine, di basso supporto sociale, della povertà della rete relazionale di riferimento) possono trovare risposta o comunque una prima forma di contenimento dalla fruizione di realtà associative e servizi socio-educativi e socio-sanitari del territorio. Lo psicologo di base potrà in questi casi esercitare funzioni di informazione e orientamento rispetto alle realtà presenti nei settori del pubblico e del privato sociale.

Coordinamento e invio

Nelle situazioni in cui il disagio intercettato si innesti nel quadro di problemi più strutturati di personalità e /o una compromissione più o meno importante del funzionamento su più ambiti e domini di esperienza e/o condizioni sociali ed economiche di bisogno, lo psicologo di base dovrà coordinarsi con i servizi sociali e/o i servizi sanitari specialistici territoriali per la presa in carico di II livello.

## **2.2 Potenziamento dell'azione medica (macroarea B)**

Questa macroarea intende la funzione psicologica al servizio della relazione tra il medico e il paziente sostenendo la capacità di scopo del primo. Non si tratta, evidentemente, di potenziare l'aspetto tecnico-operativo del medico di base o del pediatra di libera scelta, ma di potenziare la capacità di creare o mantenere le condizioni relazionali e organizzative che consentano all'operatività medica di dispiegarsi.

La legge regionale, all'art. 2, comma 3, identifica alcune aree di lavoro che possono essere ascritte a questa macroarea: scarsa aderenza alla cura; richiesta impropria di prestazioni sanitarie; supporto al team dei professionisti sanitari.

*Possiamo ascrivere a questa macroarea le seguenti finalità:*

- migliorare la comunicazione e favorire l'alleanza di lavoro con i pazienti, e quindi anche i livelli di compliance e di soddisfazione;
- prevenire e ridurre il distress psicologico associato al caregiving professionale.

### **FUNZIONI MACROAREA B**

Sono di seguito descritte le funzioni ascrivibili a questa macroarea: consulenza – sui casi o sui processi – e promozione del benessere lavorativo/professionale

#### **Consulenza**

Ascriviamo a questa funzione il tipo di supporto che lo psicologo di base può fornire rispetto a problematiche come la richiesta impropria di prestazioni sanitarie e la scarsa aderenza alle prescrizioni e alle raccomandazioni mediche – sempre più comune nella pratica clinica (DiMatteo, 2004; Glombiewski et al., 2012; Myers, 2020). Possiamo distinguere una consulenza sui casi da una consulenza sui processi.

- *Consulenza sui casi.* Lo psicologo di base, su richiesta del medico, mette a disposizione le proprie competenze, ad esempio, per: a) chiarire il quadro diagnostico di un paziente, in cui sembrano intrecciarsi componenti psicologiche e mediche; b) valutare l'opportunità dell'invio del paziente ad un servizio psicologico specialistico; c) comprendere e gestire specifiche e idiosincratiche dinamiche e modelli di partecipazione proposti dall'utente (es. richiesta impropria di visite; scarsa aderenza alle prescrizioni; espressioni di disagio o conflitto nei confronti del medico).
- *Consulenza sui processi.* Lo psicologo di base attiva specifiche iniziative per favorire processi di cura centrati sulla persona e per favorire un approccio integrato nella presa in carico. Per esempio, lo psicologo di base programma o coordina seminari tematici o gruppi di discussione con gli operatori sanitari per intercettare problematiche registrate nella relazione con l'utenza e più ampiamente nello svolgimento del proprio lavoro, per riflettere sull'uso della funzione psicologica (es. tipologie di invio effettuate), per promuovere la competenza a riconoscere, gestire e governare le componenti emozionali che attraversano la relazione di cura (dalla diagnosi alla gestione della malattia), per identificare strategie condivise per prevenire o gestire rotture nei percorsi di presa in carico e promuovere l'alleanza terapeutica.

□ Promozione del benessere lavorativo/professionale

È riconosciuto come la specificità della professione sanitaria, l'esposizione alla variabilità dell'utenza, le condizioni organizzative (es. carichi di lavoro, risorse insufficienti) possano esporre l'operatore sanitario a distress e sindromi di burn out (Fabio et al., 2019; Marinaci et al., 2020), percepito dal singolo in termini di vissuti di impotenza, sconfitta, rinuncia, astenia, depressione, rabbia o altre emozioni negative. Lo psicologo di base può mettere a disposizione le proprie competenze, in setting individuali o gruppali, per prevenire il burn out, favorire un'adeguata gestione del carico emotionale e pratico del lavoro e del rapporto vita privata e professionale.

## **2.3 Potenziamento delle reti formali/ e informali e delle risorse comunitarie (macroarea C)**

Pensare in termini di prevenzione e promozione della salute richiede di superare la scissione tra chi si occupa dei pazienti e del loro mondo interno e chi si occupa della realtà del sociale, e sostenere i contesti micro e macro-sociali in cui gli individui vivono, pensano e agiscono la loro esperienza, approfondendo la riflessione sulla parte giocata dai contesti tanto nella costruzione dei problemi quanto delle possibili soluzioni.

La legge regionale, all'art. 1, comma 5, identifica alcune finalità del servizio di psicologia di base coerenti con un approccio alla salute di comunità, laddove ascrive al servizio il compito di:

*intercettare i bisogni di benessere psicologici che frequentemente rimangono inespressi dalla popolazione; organizzare e gestire l'assistenza psicologica decentrata rispetto ad alcuni tipi di cura; realizzare una buona integrazione con i servizi specialistici di ambito psicologico e della salute mentale di secondo livello e con i servizi sanitari più generali; favorire lo sviluppo e la diffusione della cultura della salute e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti all'adozione di comportamenti e stili di vita salutari; promuovere il benessere psicologico.*

In quest'ottica appare evidente come gli/le operatrici della salute debbano interagire e operare non solo insieme agli/lle operatrici dei servizi sociali e sanitari, ma anche con le professioni educative e con le realtà associative del terzo settore, nonché con le leadership e le reti informali presenti nei territori per accompagnare i/le cittadini/e a rinsaldare o a stringere nuovi legami con le loro comunità, riconoscere bisogni, intercettare precocemente risorse e potenzialità, generare risposte collettive ai problemi.

*Possiamo ascrivere a questa macroarea le seguenti finalità:*

- accrescere la capacità degli individui e delle comunità di agire per la propria salute, combattendo l'isolamento e la frammentazione, incentivando e rafforzando le connessioni sociali, le coalizioni di comunità, il sostegno informale, la cittadinanza attiva;
- promuovere l'empowerment dei/lle cittadini/e sia tramite un aumento delle informazioni utili a indirizzare scelte e decisioni personali o di gruppo, sia creando opportunità per assumere un ruolo attivo e di influenza nelle decisioni riguardanti la vita comunitaria, supportando decisioni e azioni politiche necessarie per una salute di comunità;

- promuovere l'empowerment delle comunità, intesa come sistema reticolare di risorse formali e informali che, messe in sinergia, possono generare e rigenerare quel capitale immateriale rappresentato da relazioni, fiducia sociale, senso del bene comune, senso dello scopo, nonché offrire alle persone la possibilità di contribuire attivamente a determinare le proprie condizioni di vita e la qualità della stessa.

### FUNZIONI MACRO-AREA C

Sono di seguito descritte le funzioni ascrivibili a questa macroarea: connessione con e tra reti formali e informali; consulenza sui processi; sensibilizzazione.

#### Connessione con e tra reti formali e informali

Lo psicologo di base impiega le proprie competenze relazionali per entrare in contatto e connettersi con le agenzie del territorio (es. altri professionisti del sistema sanitario, gruppi associativi e di volontariato, servizi orientati all'integrazione, centri interculturali, servizi ambientali, ATS, ecc.) e, ognualvolta se ne presenti l'opportunità o la necessità, per creare nuove connessioni tra di esse nell'ambito di azioni in chiave collettiva/gruppale orientate alla promozione della salute nei luoghi di vita delle persone.

#### Consulenza sui processi

Lo psicologo di base, interagendo con i cittadini in forma organizzata, per esempio tramite le realtà associative di volontariato e promozione sociale, svolge una funzione di consulenza di processo per queste organizzazioni, aiutandole a sviluppare le proprie potenzialità, a rendere più efficace la propria azione e a comprendere il proprio funzionamento. In sintesi, mette la cittadinanza organizzata nelle condizioni di disegnare le risorse implicite nell'associazionismo, a beneficio tanto dei propri aderenti quanto della comunità allargata.

#### Sensibilizzazione, contrasto e prevenzione

In rete con le agenzie sociali del territorio, lo psicologo di base propone, idee e co-progetta interventi di sensibilizzazione, contrasto e prevenzione rivolti alla cittadinanza in un ampio spettro di ambiti, inclusi la violenza di genere, il bullismo, il linguaggio d'odio, il body shaming, e gli atteggiamenti di discriminazione nei confronti di minoranze etniche, religiose e sessuali e, più in generale, delle 'diversità'.

### 3. MODELLI DI SERVIZIO

---

La ricognizione delle sperimentazioni in Italia e all'estero relative all'inserimento della figura dello psicologo nelle Cure Primarie confronta con una forte eterogeneità in quanto a funzioni e livelli di intervento assegnati allo psicologo e in quanto a modelli di collaborazione previsti tra lo psicologo e il medico o anche altre figure professionali.

#### **3.1 Modello generalista vs modello stepped-care**

Rispetto alle funzioni e ai livelli di intervento assegnati allo psicologo, è possibile tracciare una macro-distinzione tra un modello generalista e un modello stepped-care.

Nel Modello generalista – cui spesso in Italia ci si riferisce con l'espressione "Modello Solano" nel riconoscimento del ruolo d'avanguardia giocato da Luigi Solano (2011; 2015) nella promozione di questo modello – il compito principale dello psicologo è quello di occuparsi di prevenzione e promozione di stili di vita sani, di educazione alla salute ed empowerment, con interventi, per lo più brevi e realizzati su larga scala.

Il Modello stepped-care – basato sulle indicazioni del National Institute of Clinical Excellence (NICE), il sistema sanitario inglese – prevede una fase diagnostica e diversi livelli e tipologie di intervento psicologico, da proporre in ragione di criteri di appropriatezza dell'intervento, efficacia clinica, evidenze scientifiche e value of money. Si distinguono interventi a bassa intensità (colloqui di consultazione singoli focalizzati sull'identificazione dei problemi attuali che puntano ad una maggiore consapevolezza e alle possibili soluzioni nel caso di problemi con gravità lieve o moderata); interventi di psicoterapia supportivi a cadenza variabile focalizzati perlopiù su eventi del ciclo di vita, interventi psicoterapici brevi (generalmente non più di 12 sedute), interventi di terapia di gruppo e interventi psicosociali di miglioramento del benessere psicologico, fisico e sociale volti alla psico-educazione e promozione di stili di vita salutari (sedute di attività di rilassamento, biblioterapia, interventi di educazione sanitaria e di orientamento ai servizi sociali e sanitari di comunità). Il livello di intervento iniziale deve essere quello a più bassa intensità ed economicamente più efficiente, ma contemporaneamente deve anche essere quello con la più alta probabilità di efficacia. Una chiara sintesi di questo modello è quella proposta da Liuzzi (2016).

### **3.2 Modello dell'invio, della co-presenza, della consultazione e modello collaborative-care.**

Rispetto ai modelli di collaborazione previsti tra lo psicologo e il medico o anche altre figure professionali, possiamo distinguere il modello dell'invio, il modello della co-presenza, il modello della consultazione o di collegamento (*consultation liaison*) e il modello collaborative-care.

Modello dell'invio - Il paziente viene inviato allo psicologo dal medico. È il modello previsto dalla legge erogata dalla Regione Puglia e riscontrabile già nelle prime esperienze inglesi di collaborazione tra medico e psicologo, in cui, sulla scia del lavoro pionieristico dei coniugi Balint (1961) che furono i primi a riflettere sull'importanza di sviluppare una riflessione sugli aspetti emozionali del lavoro del medico, si sviluppò l'esperienza dello psicologo (counsellor) che collabora con l'ambulatorio del medico di famiglia o General Practitioner (GP). Tra le diverse esperienze internazionali, l'esperienza olandese del Primary Care Psychologist (Derksen, 2009) - Il progetto Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in Gran Bretagna (Clark, 2011; Liuzzi, 2016, pp. 128-130); tra le esperienze nazionali, un progetto del comune di Carmignano e limitrofi del Veneto (Carolli e Bogoni, 2013; Santinello et al., 2016).

Modello della copresenza - Lo psicologo è presente in uno o più giorni a settimana insieme al medico, con la possibilità di effettuare successivamente colloqui individuali in casi selezionati. In Italia, questo modello è stato sperimentato la prima volta nel 2000, in Umbria, ad Orvieto, poi in diverse località del Lazio, grazie all'impulso di Luigi Solano e della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica della Sapienza di Roma che ha organizzato la presenza di uno psicologo specializzando nello studio di Medici di Medicina Generale, come forma di tirocinio (Solano, 2011; 2013; Solano et al, 2010, 2015). Il modello della copresenza è stato poi sperimentato in altre realtà (es. in Lombardia, a Bergamo: Braibanti et al., 2017; in Friuli e Venezia Giulia: Falanga, & Pillot, 2014). Nella Regione Puglia, l'esperienza è stata realizzata nell'ambito territoriale di Galatina (Esposito et al., 2019; Palma & Giannacari, 2019) (cfr. appendice A)

Modello di consultazione o di collegamento (Consultation-laison) - Lo psicologo fornisce supporto, formazione ed educazione ai medici di famiglia nel loro intervento di cura rispetto ai pazienti con problemi di salute mentale. È il modello d'intervento introdotto dalla psichiatria per il supporto alla cura di pazienti con problemi psichiatrici nelle cure primarie. Lo psichiatra interviene raramente in maniera diretta con il paziente, per esempio nei pronto soccorso con pazienti soggetti a crisi di tipo psichiatrico. Più frequentemente, la parte di collegamento (liason) consiste in quelle attività di supporto offerte dagli psichiatri ai Medici di Medicina Generale quando essi vengono a contatto con particolari patologie mentali come casi psicotici o schizofrenici (Fulcheri et al., 2001).

In Italia questo modello è stato largamente utilizzato specialmente nelle prime esperienze del programma Giuseppe Leggieri (cfr. appendice A): dai Nuclei delle Cure primarie alle Case della Salute ancor prima che fosse strutturato e denominato come tale, attraverso lo sviluppo di servizi di consultazione dei Dipartimenti di Salute Mentale dedicati ai Medici di Medicina Generale (Berardi et. al, 2002).

Modello collaborative-care - Il modello prevede la collaborazione tra una serie di professionisti della salute, tra cui operatori sanitari, infermieri, psicologi, che lavorano in team con il medico di medicina generale e applicano una serie di interventi standardizzati che vanno da attività di supporto alla compliance terapeutica alla gestione di gruppi di intervento psico-educazionale (Vlasveld et al., 2008). Nel modello di cura collaborativa è il medico a mantenere la titolarità del trattamento; lo psicologo, interviene come membro del team di cura che si occupa del paziente all'interno dell'ambulatorio o centro medico. Benché non vi sia definizione univoca di cura collaborativa, possono essere identificati alcuni punti chiave: a) presenza di clinici specializzati in psicologia delle cure primarie e operanti in collaborazione con i medici di medicina generale; b) co-locazione di servizi specialistici di salute mentale in ambulatori di cure primarie; c) adozione di care managers focalizzati su patologie specifiche; d) procedure efficaci di invio a servizi specialistici e di salute mentale. Il modello di cura collaborativa può essere organizzato in diversi modi, per esempio può esserci un'unica struttura organizzativa integrata che offre interventi sia di cure primarie che di cure specialistiche, può essere realizzata negli ambulatori medici in compresenza tramite un servizio di psicologia delle cure primarie in integrazione con i servizi di salute mentale di secondo livello o gli altri servizi presenti nel contesto territoriale, o attraverso un percorso di invio facilitato e sorvegliato dal care manager che coordina la cura tra professionisti delle

cure primarie e professionisti della salute mentale ma senza una co- locazione degli staff sanitari. È stato osservato, tuttavia, come la cura collaborativa sia più efficace quando i professionisti sono co-locati e comunicano quotidianamente circa lo stato di salute dei pazienti ed intervengono congiuntamente (Liuzzi, 2016).

Un quarto modello, non inserito nel sistema sanitario, prevede un servizio psicologico del tutto autonomo rispetto a quello medico, come nell'esperienza trentina del Progetto 'A tu per tu" (Unterrichter, 2015), (cfr. appendice A).

### **3.3 Considerazioni e standard di servizio**

Il modello della copresenza presenta riconosciuti vantaggi rispetto all'intento di: a) garantire un accesso diretto allo psicologo a tutta la popolazione assistita dal Medico di Medicina Generale, evitando il rischio e l'eventuale timore dell'etichettamento e dello stigma, b) intervenire in tempo reale su crisi accidentali (crisi coniugali o lavorative, perdita o malattia di figure significative), o in momenti significativi dal punto di vista evolutivo (es. adolescenza, inizio dell'università, matrimonio, genitorialità, pensionamento), c) intervenire in fasi molto precoci rispetto alla comparsa di sintomi somatici o psichici e d) favorire un interscambio tra Medicina e Psicologia, integrando le reciproche competenze (Falanga & Pillot, 2016).

Al contempo, sembra allo stato attuale impraticabile considerando le risorse attuali previste dalla legge regionale (1 psicologo per distretto); è inoltre un modello che non riceve pieno appoggio dai medici (Negri et al. 2019<sup>2</sup>).

Il modello dell'invio (previsto dalla legge regionale) e quello della consultazione confrontano d'altra parte, con alcuni potenziali vincoli, tra questi:

---

<sup>2</sup> Lo studio realizzato da Negri e colleghi (2019) tra 119 medici evidenziavano come – nonostante un atteggiamento generalmente positivo verso l'ipotesi di collaborazione con la figura professionale dello psicologo (in un'ottica di miglioramento della qualità del lavoro, della qualità di cura dei pazienti e della loro soddisfazione e di riduzione della spesa sanitaria), il 53% prediligesse il modello dell'invio e il 40% concordasse con l'ipotesi di una nuova struttura del Sistema Sanitario Nazionale istituita nell'ambito delle Cure Primarie che affiancasse la Medicina Generale, per la cura dei disturbi psichici. Il modello della copresenza risultava percepito con minor favore da parte dei medici (sfavorevoli il 37,50% di medici esperti e 77,14% di medici in formazione; in dubbio il 25% dei medici esperti e l'8,57 dei medici in formazione). I partecipanti concordavano (30%) o concordavano fortemente (36%) che il riconoscimento del disagio e dei disturbi psicologici in ambito di Medicina Generale fossero compiti clinici del Medico di Medicina Generale. La collaborazione con lo psicologo appariva un'opzione aggiuntiva piuttosto che come integrazione clinica strutturale. Un precedente studio, realizzato tra medici di base e pediatri di libera scelta della Regione Puglia (Venuleo & Guacci, 2013), evidenziava come la funzione psicologica tendesse ad essere rappresentata come subordinata a quella del medico e percepita prevalentemente come funzionale all'intervento su dimensioni psicopatologiche conclamate.

- a) *Modelli diversi del medico e dello psicologo di concepire la salute* (in termini di assenza di malattia o più ampiamente in termini di benessere psicosociale) e *l'origine della salute e della patologia*. Laddove 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 il ruolo comunque svolto da componenti psicologiche e sociali, a connettere salute e malattia al rapporto tra l'individuo e il suo contesto relazionale e al rapporto tra l'individuo e il momento del suo ciclo di vita (Solano, 2013). *Modelli diversi rispetto alle indicazioni per un intervento psicologico*. Il medico tende a riconoscere l'importanza di fattori psicosociali nel disagio psichico esplicito o in situazioni che richiedono frequenti interventi per sintomi somatici privi di cause organiche, o in pazienti che non seguono le prescrizioni o presentano altri tipi di problemi relazionali (Solano, 2013; Venuleo & Guacci, 2013). Rimangono fuori dalla possibilità di invio i pazienti fortemente alessitimici, quindi, altamente a rischio di patologie somatiche anche serie: pazienti con malattie organiche chiare e conclamate, in cui una origine psicosociale non viene ipotizzata, soggetti che mostrino "solamente" una mancanza di realizzazione rispetto al momento del loro ciclo di vita psicologo (Solano, 2013). Inoltre, laddove in medicina l'invio (visite specialistiche, analisi) viene prescritto, l'invio a uno psicologo può essere 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 problematiche psicologiche che possono motivare la proposta al paziente; non sempre il medico ha le competenze per effettuare questa rilevazione.
- b) *Il sovraccarico di richieste ricevute dal medico*, che limita il tempo che il medico può dedicare al singolo paziente durante la visita, e dunque la possibilità di captare situazioni di disagio psicologico su cui lo psicologo potrebbe agire preventivamente
- c) *La maggiore difficoltà a pervenire ad una visione olistica dell'utente*, in assenza di forme di feed back reciproche (da parte dello psicologo sugli esiti dell'invio; da parte del medico, sull'impatto della presa in carico psicologica sul tipo di domanda e sui modelli di partecipazione che l'utente propone al medico).

Il modello dell'invio previsto dalla legge regionale confronta dunque con la necessità di prevedere dispositivi organizzativi e processuali che consentano di:

- evitare modalità improprie di invio da parte del medico e la focalizzazione esclusiva su disagi conclamati e severi;

- pervenire ad una condivisione circa il significato e gli obiettivi della consultazione dello psicologo di base;
- prevedere forme di feed back sugli esiti dell'invio.

*Dispositivi organizzativi.* Ad esempio: Incontri ad hoc con medici e pediatri specificamente volti a: a) condividere obiettivi e senso dell'intervento dello psicologo di base e modalità dell'integrazione (A chi è destinata la consulenza? Perché, sulla base di quali criteri effettuare l'invio? Quale forma di comunicazione media l'invio? ...); b) definire criteri e procedure di verifica; c) definire i contenuti di responsabilità attesi da parte di medici e pediatri (es. rispetto all'invio, come alla raccolta degli indicatori di verifica); Momenti di presentazione dei risultati raggiunti dagli interventi

*Dispositivi processuali.* Ad esempio: l'uso di strumenti self report di screening che possano guidare l'invio da parte di medici e pediatri, consentendo di differenziare gli utenti che necessitano di una presa in carico specialistica e di lungo termine (es. disturbi psicotici, disturbi bipolari, disturbi gravi di personalità, basso funzionamento) dagli utenti che possano beneficiare di un intervento di supporto focalizzato e da quelli che non presentano particolari criticità.

#### *Standard minimi di servizio*

Quale che sia il modello di servizio adottato da ciascun distretto, esso dovrebbe caratterizzarsi in termini di:

- **accessibilità:** il servizio deve essere posizionato sul territorio, vicino ai luoghi di vita dei cittadini, flessibile rispetto agli orari;
- **prossimità:** va intesa non tanto come vicinanza fisica ma come movimento di “andare verso” il cittadino, di incontrarlo e affiancarlo attraverso “punti di comunità”, situati in zone specifiche e strategiche dei quartieri (es. le case di comunità potrebbero prevedere programmi specifici con unità mobili nelle aree con una forte prevalenza di popolazioni a rischio, quali gruppi minoritari poveri o persone senza fissa dimora);
- **differenziazione e contestualizzazione** delle strategie di intervento, e quindi dei percorsi assistenziali, per rispondere a differenti bisogni (anche attraverso l'individuazione di meccanismi che consentano di rilevare la domanda del territorio);

- *approccio olistico*: la presa in carico dovrebbe prevedere l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale specie nelle condizioni di maggiore fragilità, attraverso il raccordo con altri professionisti e altri servizi sanitari, sociali e di terzo settore;
- *corresponsabilità*: le strategie di prevenzione e promozione non possono essere esercitate in solitudine dallo psicologo di base, ma all'interno di un contesto comunicativo, in cui i diversi professionisti si confrontano fino alla realizzazione di comprensioni inter-soggettive, in base alle competenze e agli strumenti del proprio specifico bagaglio professionale. Particolare attenzione andrà dedicata alla costruzione delle condizioni e delle opportunità che possano favorire tale integrazione;
- *ostensibilità dell'efficacia*: il servizio dovrà prevedere forme di verifica degli effetti preposti generati dall'intervento psicologico sul piano del benessere anche in termini di medical cost offset, cioè di compensazione e diminuzione dei costi medici generali e quindi anche in termini di migliore efficienza organizzativa e vantaggi economici (possibili indicatori: il numero di visite effettuate dai medici di medicina generale; numero di prescrizioni farmacologiche; numero di prescrizioni di visite specialistiche; numero di accessi al pronto soccorso).

#### **4. ESIGENZE FORMATIVE**

---

La Legge Regionale n. 11 del 15/06/2023 all'art.3, punto e) precisa che lo psicologo di base dovrà conseguire un “attestato di abilitazione rilasciato dalla Regione Puglia a seguito della frequenza e superamento dell'esame finale di uno specifico corso semestrale regolamentato dalla Giunta regionale sul tema dello psicologo di base e sulle cure primarie”.

La formazione dovrà sostenere la competenza a esercitare le funzioni di riduzione del rischio di disagio psichico, di prevenzione e di promozione della salute previste dalla legge regionale, in sintonia con le funzioni di cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56 (Ordinamento della professione di psicologo):

*Lo Psicologo di base intercetta il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione che frequentemente rimangono inespressi e i bisogni di benessere psicologico e opera prioritariamente sulle seguenti aree: problemi legati all'adattamento (lutti, perdita del lavoro, separazioni, malattia cronica); problemi legati a fasi del ciclo di vita; disagi emotivi transitori, sintomatologia ansioso-depressiva legati a eventi stressanti; sostegno psicologico alla diagnosi infausta e alla cronicità o recidività di malattia; scarsa aderenza alla cura; richiesta impropria di prestazioni sanitarie; problematiche psicosomatiche; supporto al team dei professionisti sanitari (art. 2, comma 3)*

*Lo Psicologo di base assume in carico la richiesta di assistenza e sviluppa un progetto clinico comprensivo di una dimensione diagnostica e di un programma di supporto psicologico, avvalendosi anche delle strutture pubbliche e private di secondo livello competenti sul problema individuato (art. 2, comma 4).*

Il profilo di competenze necessario per lo svolgimento di queste funzioni è, evidentemente, un profilo complesso. Lo psicologo di base opera in aree di intervento trasversali e sovrapposte e pertanto necessita di un profilo di competenze ben strutturato, che combini modelli, metodi e tecniche relativi a più ambiti disciplinari (psicologia generale e fisiologica, psicologia clinica, psicologia dello sviluppo, psicologia del lavoro e delle organizzazioni, psicologia sociale e di comunità).

Al contempo, la sua azione professionale è qualificata da altre due dimensioni, dominio-specifiche, necessarie per la modulazione/adattamento delle competenze professionali in ragione dei contesti/fenomeni/problemi affrontati:

- competenze tecniche settoriali - relative alla specificità dei problemi/fenomeni su cui si interviene - ad esempio: un colloquio di valutazione psicodiagnostica con un bambino, con un adolescente, con un adulto e con un anziano condividono aspetti metodologici e tecnici (ad esempio, modelli di interpretazione della domanda) ma richiedono criteri di conduzione diversi; l'intervento di supporto con un utente richiede l'adozione di metodologie e tecniche diverse da un intervento rivolto alla comunità, in ragione del contesto in cui e in base al quale viene esercitato (es. finalità, condizioni organizzative);
- competenze di interfaccia - relative alla conoscenza della cornice organizzativa-istituzionale di intervento (es. l'organizzazione dei distretti socio-sanitari, la specificità dei servizi esistenti, le realtà associative presenti nel territorio).

Possibili obiettivi e ambiti della formazione:

- A) Fornire conoscenze specifiche relative alla dimensione del saper essere dello Psicologo di base, che andrà definito a partire dalla legge regionale pugliese istitutiva della figura, all'interno di specifici modelli ed approcci al tema della salute mentale e tenendo conto delle sperimentazioni e delle esperienze pilota già realizzate, a livello nazionale e internazionale.

*Possibili aree tematiche:*

- la Legge Regionale n. 11 del 15/06/2023
- Il modello biopsicosociale e l'approccio ecologico alla salute
- Analisi di scenario: domande e sfide poste dalla contemporaneità alla funzione psicologica
- Ruoli e funzioni dello Psicologo di base: riduzione del rischio, prevenzione e promozione della salute
- Psicologo di Base e Primary Care: modelli organizzativi e approcci operativi
- Elementi di deontologia professionale

B) Fornire conoscenze su caratteristiche, compiti evolutivi, sfide specifiche legati alle diverse fasi del ciclo di vita.

*Possibili aree tematiche:*

- Ciclo di vita e fasi di sviluppo
- Psicologia dello Sviluppo (es. sviluppo cognitivo, affettivo e sociale nel bambino, costruzione dell'identità, questione corporea e relazioni nell'adolescenza; età adulta e funzione genitoriale; emozioni e relazioni nell'età senile)
- Elementi di Neuropsicologia Infantile
- Elementi di Neuropsicologia Clinica dell'Adulto e dell'Anziano
- Strumenti di valutazione

C) Fornire competenze per l'inquadramento diagnostico, nonché favorire il riconoscimento – in uno scenario multiculturale e multietnico – dell'esistenza di modelli multipli di salute e di cura per utilizzare al meglio queste conoscenze nella presa in carico di un'utenza culturalmente differenziata.

*Possibili aree tematiche*

- La psicopatologia come continuum: dalla diagnosi nosografico-descrittiva alla diagnosi dimensionale
- La valutazione dell'organizzazione della personalità, degli stili di personalità, del funzionamento mentale, della sintomatologia
- Disturbi del neurosviluppo e problematiche legate all'età evolutiva
- Disturbi depressivi e disturbi bipolari
- Disturbi d'ansia
- Disturbi psicosomatici
- Disturbi neurodegenerativi
- Disturbi correlativi ad eventi traumatici e stressanti
- Problematiche legate all'adattamento (es. lutti, perdita del lavoro, separazioni, malattia cronica)
- Differenze culturali nell'espressione, nel riconoscimento e nella risposta al disagio psicologico

D) Favorire l'acquisizione di competenze per analizzare la domanda e sostenere il processo di assessment.

*Possibili aree tematiche:*

- L'Analisi della domanda: coordinate teorico-concettuali e criteri metodologici
- Strumenti per l'assessment: questionari e test psicometrici
- Misurazione degli esiti: attendibilità e validità

E) Favorire la finalizzazione e traduzione di quanto emerso nella fase di inquadramento diagnostico in un progetto specifico di presa in carico e di intervento breve e focalizzato.

*Possibili aree tematiche:*

- Dalla diagnosi alla presa in carico (la definizione degli obiettivi, dei tempi, delle modalità dell'intervento, di eventuali altri figure e servizi coinvolti, dei risultati attesi; degli strumenti per il monitoraggio e valutazione di processo e di esito).  
(Modelli di intervento)
- Metodologie e tecniche di intervento del counseling psicologico
- Interventi brevi e focalizzati
- Interventi di gestione integrata della patologia psicologica e organica
- Processi motivazionali e supporto all'adesione ai trattamenti e alle terapie (*compliance*)
- Modelli, metodi e tecniche dell'intervento psico-sociale per la promozione dell'empowerment individuale e sociale

F) Favorire l'acquisizione di conoscenze e competenze avanzate finalizzate alla co-costruzione di modelli organizzativi per la coordinazione e implementazione delle azioni di networking.

*Possibili aree tematiche:*

- Elementi della legislazione sanitaria relativa all'organizzazione dei servizi psico-socio-assistenziali
- Team working e team building
- La costruzione del lavoro di rete con i medici di medicina generale e i/le pediatri/e di libera scelta
- La gestione integrata di interventi con i servizi socio-sanitari del territorio e altri professionisti della salute

G) Favorire l'integrazione di cure mentali e generali (ad esempio, la collaborazione con medici di famiglia, assistenti sociali, psichiatri).

*Possibili aree tematiche:*

- Le esperienze dei medici di famiglia rispetto alla tipologia di problemi e di condizioni di disagio psicologico intercettate
- I disturbi somatici più comuni, loro diagnosi, trattamento e progressione
- Elementi di psicofarmacologia
- Funzioni e servizi nell'ambito dell'assistenza sociale

H) Favorire l'acquisizione di conoscenze e competenze finalizzate all'analisi dei contesti comunitari e all'individuazione e all'attivazione delle risorse relazionali, informative e culturali presenti.

*Possibili aree tematiche:*

- L'analisi delle comunità territoriali e dei setting di comunità
- L'analisi delle reti sociali individuali
- La costruzione di reti inter-organizzative integrate (servizi-agenzie territoriali-terzo settore)
- Metodi partecipativi di progettazione e intervento

## ***APPENDICE A***

***ALCUNE Sperimentazioni ed esperienze  
nazionali e internazionali***

## ESPERIENZE ITALIANE

---

*L'esperienza pugliese: il progetto "Psicologo di base presso lo studio di Medicina Generale". -*

*Ambito Territoriale Sociale di Galatina*

Il progetto, avviato nel marzo 2017 e concluso nell'agosto del 2018 – ha visto la compresenza dello Psicologo di Base al fianco del Medico di Medicina Generale (Esposito et al., 2019; Palma & Giannacari, 2019). Tre psicologi psicoterapeuti hanno espletato la loro attività affiancando i medici di medicina generale presso i loro studi e tre psicologi si sono occupati della raccolta dati e del monitoraggio del lavoro. I primi sei mesi del progetto hanno previsto per tutti gli psicologi coinvolti attività di formazione e supervisione e incontri con i medici di medicina generale dell'ambito di riferimento per verificare la disponibilità rispetto alla realizzazione della collaborazione. I 12 mesi successivi hanno visto l'espletamento delle attività nelle mansioni precedentemente indicate. Seguendo le indicazioni della proposta progettuale di Luigi Solano (2011) presente nel volume *Dal Sintomo alla Persona*, gli assistiti venivano informati della copresenza dello psicologo all'interno dello studio del medico di medicina generale, attraverso un avviso che specificava le modalità di svolgimento della collaborazione. Il cartello in sala di attesa comunicava l'iniziativa ai pazienti, indicava il turno di presenza dello psicologo, e chiariva la possibilità, ove lo si desiderasse, di essere ricevuti solo dal proprio medico. Si informavano, altresì, gli assistiti anche che la presenza dello psicologo non richiedeva da parte dell'utenza nessun compenso e che lo psicologo, come professionista, era tenuto alla riservatezza e al segreto professionale.

Lo psicologo presente nello studio del medico e seduto alla stessa scrivania, per un turno di ambulatorio a settimana, accoglieva ogni paziente insieme con il medico, ponendo attenzione al contenuto della sua richiesta e alle sue modalità relazionali. Interveniva con interventi di esplorazione e chiarificazione sui problemi portati, e in generale sulla vita personale e lavorativa del paziente. Appena possibile, dopo la singola visita o in spazi appositamente concordati, lo psicologo chiedeva al medico ulteriori notizie disponibili, per un inquadramento psicosociale dell'assistito, intercettando, ove presenti, eventuali disagi psichici allo stato iniziale.

In molti casi l'intervento dello Psicologo rimaneva confinato all'interno della Consultazione medica; nei casi in cui emergeva una tematica di chiara competenza psicologica (ad es. un conflitto coniugale, un lutto, un problema legato all'indipendenza dell'adolescente) lo Psicologo, in accordo con il Medico, proponeva al paziente uno o più incontri a due, sempre all'interno dell'ambulatorio, in orari diversi dal turno in cui era presente con il Medico. A seguito di questo approfondimento, laddove emergeva l'indicazione di un trattamento psicologico a lungo termine, il paziente veniva inviato ad uno specialista della Salute Mentale, presso strutture pubbliche o del privato sociale.

*L'esperienza emiliana: il programma Giuseppe Leggieri*

Il Programma Regionale “Giuseppe Leggieri” nacque nel 2004 con lo scopo di supportare le AUSL nella creazione di progetti di cura collaborativa fra medici delle cure primarie e operatori di salute mentale attuando i principi individuati dalla Legge Regionale dell’Emilia-Romagna n. 29/2004 di riforma del Servizio Sanitario Regionale. I suddetti principi riguardavano l’integrazione tra i servizi, il consolidamento del governo clinico e lo sviluppo della partecipazione organizzativa dei professionisti. Elementi base dell’organizzazione delle cure primarie erano i Nuclei di Cure Primarie, nuove unità organizzative dei medici di medicina generale volti a garantire continuità assistenziale e prossimità delle cure e a facilitare l’integrazione con gli altri professionisti del territorio e ospedalieri.

Nella prima fase del Programma Leggieri (2004-2006) sono stati individuati i principali strumenti del sistema: la costruzione di un apposito gruppo regionale per promuovere, sostenere e monitorare le azioni di implementazione del programma e l’attivazione (o revisione/consolidamento) di apposite funzioni di consulenza del Dipartimento di Salute Mentale per i Medici di Medicina Generale nel contesto dei Nuclei di Cure Primarie. Nella seconda fase (2007-2010) sono state emanate delle linee regionali di indirizzo per la presa in carico del paziente con disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale. È stata istituita così la figura dello Psichiatra di riferimento dedicata all’attività di collegamento con i Nuclei di cure primarie. Compito fondamentale dello psichiatra era quello di impostare il percorso di cura per livelli secondo il modello “Stepped care”, a seconda della gravità del caso, e di partecipare agli incontri di discussione dei casi all’interno di piccoli gruppi con i professionisti della medicina generale. Per rendere possibile e concreta questa collaborazione si è sentita, inoltre, la necessità di attivare dei corsi di formazione regionale rivolti ai professionisti delle AUSL per promuovere la cultura dell’integrazione e momenti d’incontro e confronto tra i professionisti interessati. Scopo principale di questi incontri formativi era quello di creare un linguaggio e degli strumenti di lavoro comuni e di potersi confrontare su casi clinici, procedure, protocolli e formazione clinica in senso stretto, oltre che sull’organizzazione delle varie strutture. La collaborazione tra medici di medicina generale e gli psichiatri si è consolidata nel corso del tempo e si è estesa dal trattamento dei disturbi psichiatrici comuni ad altri ambiti come l’uso di sostanze e i disturbi alimentari, gli esordi psicotici e le patologie afferenti alla Neuropsichiatria Infantile.

*L'esperienza trentina: il progetto A TU PER TU-Psicologo di Base*

Il progetto A TU PER TU- psicologo di base è stato promosso e finanziato dal Comune di Rovereto nell'aprile del 2011 come servizio di consulenza – non inserito nel Sistema Sanitario – volto ad offrire risposte alle persone che avessero bisogno di affrontare alcune difficoltà personali e relazionali della vita quotidiana. In un'ottica di promozione della salute si intendeva cogliere i bisogni nella loro fase di prima insorgenza e al contempo rispondere all'esigenza di contenere la spesa sociale, dovuta al sovra-utilizzo dei servizi sociosanitari, senza abbassare il grado di efficacia dell'interventi (Unterrichter, 2015). La sperimentazione è durata 7 mesi.

Gli obiettivi del servizio erano quelli di: a) creare uno spazio professionale ai bisogni della vita quotidiana delle persone, valutando punti di forza e di debolezza non solo da un punto di vista del funzionamento ma anche del contesto e promuovendo livelli di resilienza e di empowerment personali; b) elaborare una mappatura delle tematiche psicosociali della cittadinanza che fruisce dal servizio; c) agevolare, se necessario, la conoscenza di servizi specialistici valorizzando le specificità di ciascun servizio; e d) effettuare eventuale invio ad un servizio specialistico territoriale nei casi che esulassero dall'ambito di prevenzione.

Lo psicologo di base era chiamato ad operare su due livelli, macro e micro. A livello macro, si trattava di: offrire strumenti alle persone per realizzare i propri bisogni di sicurezza, relazione, realizzazione, stima di sé, autorealizzazione; creare uno spazio d'incontro, accoglimento e ricerca di soluzioni alle problematiche concrete delle persone; potenziare le risorse di resilienza ed empowerment individuali, delle famiglie e delle comunità; facilitare l'acquisizione di nuovi stili cognitivi ed emozionali; raccogliere ed elaborare una banca dati sulle problematiche psicosociali dei cittadini; incentivare e costruire nuove collaborazioni e relazioni tra enti pubblici e privati del territorio (Unterrichter, 2015, pp. 59). A livello micro, si trattava di: produrre nel soggetto un processo di analisi e riconoscimento dei propri bisogni personali oltre che dei propri limiti e delle proprie potenzialità; produrre un processo di attenzione consapevole che favorisse l'attribuzione di un significato alla vita attuale per prendere coscienza di sé e vivere armoniosamente; promuovere nuovi insight per un migliore adattamento nel quotidiano; rinforzare le proprie risorse e la resilienza personale costruendo empowerment sociale. Il setting in cui operava la figura dello psicologo era lontano da ambulatori dei medici di base, nuclei di cure primarie, case della salute, CSM o altri presidi attinenti alla sfera medica.

Lo psicologo lavorava in luoghi con connotazioni neutre con lo scopo di non evocare lo stigma della malattia mentale e per rimuovere le resistenze personali nel sentirsi “malato” o “sbagliato”: condomini di abitazioni private o stabili dove operavano già servizi di altro genere (commercialisti, avvocati, associazioni ecc.) oppure edifici adibiti ai servizi ai cittadini come i palazzi di Comuni, Province, Regioni ecc. (Unterrichter, 2015). Gli orari garantivano una grande fruibilità e flessibilità sia nelle ore mattutine che pomeridiane e serali. Per quanto riguarda l’accesso al servizio, era stato previsto uno spazio di segreteria in cui le persone potessero richiedere informazioni o appuntamenti anche personalmente.

*Progetti di comunità*

*I circoli di Buon Abitare*  
[\(https://buonabitare.com/\)](https://buonabitare.com/)

Il circolo buon abitare (Arcidiacono et al., 2022) è uno dei tanti strumenti operativi con quali si può promuovere l’abitare collaborativo. Il circolo fornisce il contesto e l’organizzazione dove le persone possano incontrarsi, dialogare, confrontarsi e discutere, sviluppare fiducia e convergenza di obiettivi, decidere insieme e fare delle cose insieme. Innanzitutto, il circolo è un gruppo formato da vicini di casa che, richiamandosi ai principi dell’abitare collaborativo, intendono fare qualcosa insieme per risolvere dei problemi o, in generale, per migliorare la loro qualità della vita nel contesto dove abitano.

Il circolo facilita la partecipazione delle persone e permette di passare dal contatto, dalla conoscenza al patto sociale fondato sul reciproco affidamento (Danani, 2016).

Nell’attività del circolo si intrecciano diversi aspetti: 1) l’azione collettiva, che deve produrre risultati visibili e apprezzati dalle persone che fanno parte del circolo, ma anche dagli altri; 2) la riflessione, fatta prima di agire e dopo, e che rimanda alla progettazione e alla valutazione; 3) lo sviluppo di competenze necessarie per migliorare l’efficacia del circolo, ma anche per la crescita personale attraverso attività di formazione e autoformazione. Per curare correttamente ed efficacemente questi aspetti servono competenze professionali e l’accompagnamento del gruppo da parte di un professionista in possesso delle competenze adeguate a facilitare le relazioni e sostenere il gruppo nel suo percorso.

Un circolo può essere promosso per tante ragioni:

- Migliorare la conoscenza fra vicini di casa
- Coltivare buone relazioni e rendere piacevole la vita del vicinato
- Sentirsi più sicuri nel posto dove si abita
- Aiutarsi reciprocamente e scambiarsi servizi
- Risparmiare comprando e utilizzando servizi in condivisione

- Organizzare insieme attività ricreative e culturali, (es: feste, cene, ecc.)
- Curare e abbellire insieme l'ambiente comune
- Essere e sentirsi protagonisti attivi nella e della propria comunità
- Realizzare con gli altri ciò che non si ha la possibilità di fare da soli
- Collaborare con le altre realtà presenti sul territorio

Le possibilità di impegno di un circolo e le sue attività dipendono dalle competenze, la creatività e le passioni dei componenti. Pertanto, ad esempio, un circolo può:

- promuovere e organizzare feste o progetti specifici utili per il condominio, caseggiato, vicinato
- organizzare incontri con chi è disponibile per parlarsi e promuovere la cooperazione e il mutuo aiuto
- osservare e identificare i problemi del condominio, caseggiato, vicinato e delle persone che ci abitano e, se necessario, segnalarli alle istituzioni
- fare mediazione in caso di conflitti condominiali che non coinvolgono il circolo stesso
- collaborare con l'amministrazione comunale per il recupero e la cura di spazi comuni
- svolgere un'azione di "sorveglianza" sull'azione dei servizi sul territorio

Le persone che compongono il circolo, che sono del posto e sul posto, sono le più competenti nell'identificare le loro necessità e sono quelle che possono essere effettivamente agenti di cambiamento.

#### *YALLA – Servizi sociali di comunità*

(<https://morethanprojects.actionaid.it/it/projects/yalla-servizi-socioassistenziali-stranieri/>)

Il progetto si propone di promuovere nuovi modelli di governance dei servizi socio-assistenziali nonché sperimentazioni di accoglienza ed empowerment delle fasce di popolazione straniera più a rischio di marginalità sociale. In particolare, il progetto vuole:

- Migliorare l'organizzazione dei servizi del Piano Sociale di Zona con nuovi strumenti operativi e procedure di supporto (ad es. la progettazione partecipata);
- Costruire un network locale di enti pubblici e privati impegnati nell'erogazione di servizi socio-assistenziali rivolti ai cittadini di paesi terzi in particolare target vulnerabili;
- Promuovere il rafforzamento delle competenze interculturali degli operatori dei servizi;
- Sperimentare nuovi modelli di inclusione sociale per contrastare la dispersione scolastica e il disagio abitativo;
- Sensibilizzare la comunità locale alla cultura dell'accoglienza e del rispetto dei diritti.

Attività

- Analisi e riorganizzazione dei servizi del Piano di Zona a impatto su popolazione migrante (mappatura bisogni/analisi offerta, service design e progettazione partecipata, supporto procedure e programmazione)
- Capacity Building degli operatori pubblici
- Avvio di 3 sportelli (one stop shop points)
- Sviluppo della rete di governance territoriale multilivello e multistakeholder
- Rafforzamento delle competenze di mediazione degli operatori dei servizi e avvio di un servizio di mediazione culturale a chiamata in collaborazione con gli enti del terzo settore
- Sperimentazione di azioni pilota per inclusione scolastica, co-housing sociale, e accoglienza in famiglia «Work & stay»
- Realizzazione di una piattaforma digital multistakeholder
- Attività di comunicazione
- Valutazione e modellizzazione dell'intervento

Risultati attesi

- Miglioramento dell'efficienza del sistema dei servizi socio-assistenziali del Comune di Napoli
- Rafforzamento della governance del sistema di welfare inclusivo e collaborativo
- Aumento del know-how degli operatori dei servizi pubblici
- Sperimentazione di interventi per l'inclusione scolastica e l'inserimento abitativo
- Co-progettazione di servizi con la comunità e gli enti pubblici e privati del territorio

## **ESPERIENZE INTERNAZIONALI<sup>3</sup>**

---

### **PAESI BASSI**

A partire dal primo gennaio 2008 qualunque assicurazione sanitaria di base copre il rimborso di 8 consulti con lo Psicologo nelle Cure Primarie (Primary Care Psychologist, PCP) che un'assicurazione supplementare, stipulata dalla maggioranza della popolazione, estende a 12. Nel contesto attuale il PCP è uno psicologo della salute specializzato nell'assistenza primaria e in grado di valutare e trattare i vari problemi psicologici e comportamentali che gli individui e le loro famiglie sperimentano nel corso della loro vita (Derksen, 2009).

In accordo con il modello biopsicosociale, il PCP adotta un “approccio comunitario” volto alla promozione della salute: lavora in stretta collaborazione con il medico di famiglia e gli altri operatori, con attenzione al coordinamento dei servizi e alla formulazione di obiettivi e politiche di trattamento congiunto per ogni paziente. L'orientamento contestuale del PCP è una componente essenziale: si riconosce il ruolo centrale giocato dalla situazione sociale, dal contesto familiare e lavorativo, dalla situazione educativa, dal quartiere in cui si vive nel processo diagnostico e nel trattamento psicologico.

Il PCP pone attenzione ai rapporti interpersonali del paziente e offre anche un servizio come “psicologo di famiglia”. Infine, il PCP conosce il territorio, le vulnerabilità dei vari sotto-gruppi presenti nella popolazione e gli altri servizi di assistenza. Il PCP è definito uno “psicologo generalista”, che si rivolge agli aspetti sani del paziente, e utilizza trattamenti a breve termine finalizzati alla prevenzione, promozione della salute, empowerment e recupero dei comportamenti di salute e alla rimoralizzazione del paziente, ovvero la stimolazione ad essere più attivo nei confronti della propria difficoltà. L'accesso alla figura dello Psicologo nelle Cure Primarie è libero o su invio del General Practitioner (GP) (medico di base).

Il GP, abituato in questo Paese all'utilizzo del DSM, nell'invio utilizza i seguenti criteri di esclusione: disturbi psicotici, disturbi bipolari, disturbi di personalità gravi, sintomi riconducibili a patologie somatiche conclamate. Quando invece sono predominanti gli aspetti di tipo sociale, quali problemi di tipo finanziario, il GP invia direttamente all'assistenze sociale. Inoltre, è suggerito che per l'invio si consideri un punteggio pari o superiore a 51 sulla Global Assessment of Functioning Scale (GAF) del DSM (una scala che considera il funzionamento psicologico, sociale, lavorativo su di un ipotetico continuum di salute-malattia): i pazienti con un punteggio GAF inferiore non sono ritenuti in grado di funzionare in modo indipendente e quindi di beneficiare di una cura a breve termine. È tuttavia possibile che tali clienti possano ricevere un trattamento di follow-up da un PCP al loro ritorno da un trattamento secondario o terziario.

---

<sup>3</sup> Per un approfondimento: Caputo, A., & Mancusi, L. (2023); Bianco, C. (2018).

Quando la valutazione del GP indica che uno o più dei suddetti criteri non sono stati raggiunti (per esempio se il malessere del paziente non soddisfa chiaramente i criteri del DSM per un particolare disturbo) o una situazione poco chiara, oppure è comunque presente una richiesta di aiuto, viene consultato il PCP per un approfondimento diagnostico. Infatti, il PCP può essere interpellato dal medico di famiglia per una diagnosi rapida di supporto e per un eventuale rinvio. Dopo lo screening da parte del medico di famiglia, il PCP approfondisce il processo diagnostico per determinare se il paziente inviato possa giovare di un'assistenza a breve termine o se sia necessario rivolgersi a uno specialista.

*Formazione:*

Per conseguire un master olandese in psicologia sono necessari 4 anni di formazione universitaria. Successivamente, gli studenti che desiderano lavorare in campo clinico devono essere formati per ottenere la registrazione come psicologo della salute che rientra nella legge olandese sulle professioni sanitarie individuali. Questa formazione aggiuntiva consiste in 4 giorni di lavoro supervisionato nella pratica delle cure primarie e in 1 giorno di corsi universitari a settimana. La formazione dei PCP comprende la promozione della salute e la prevenzione, oltre a una considerazione più approfondita delle basi sistemiche, cognitive, affettive, sociali, intrapersonali e biologiche della salute.

- Modulo I: Atteggiamento e contesto (5 giorni). Cinque giorni sono dedicati allo sviluppo di un'attitudine all'assistenza primaria di cure primarie e finalizzate all'integrazione di cure mentali e generali (ad esempio, collaborazione con medici di famiglia, assistenti sociali, fisioterapisti). In questo modulo, gli psicologi si confrontano con un medico di famiglia e con i rappresentanti dei settori di sociale, fisioterapia e infermieristica. Viene inoltre fornita una formazione sulla promozione della salute da parte di un esperto di spicco nel campo della medicina preventiva e sulle modalità di lavoro preventivo nell'ambito delle cure primarie e l'adozione di un modo di lavorare integrato contestualizzato e graduale.
- Modulo II: Somatica (4 giorni). Un medico internista o un medico di famiglia presenta i disturbi somatici più comuni (es. diabete tipo I), la loro diagnosi, il trattamento e la progressione. Un farmacologo fornisce elementi di psicofarmacologia.
- Modulo III: Valutazione psicologica (4 giorni). Vengono presentate le tecniche di valutazione specifiche per l'assistenza psicologica primaria. Si insiste, ad esempio, sulla valutazione dell'intelligenza emotiva e delle abilità sociali.
- Modulo IV: Verso un trattamento psicologico integrato (8 giorni). In questo modulo si promuove un approccio generalista all'intervento psicologico, passando in rassegna i potenziali benefici di diversi approcci psicoterapeutici (comportamentali, cognitivi, interpersonali, psicodinamici, sistematici)

- Modulo V: Prospettiva dello sviluppo (7 giorni). Il modulo promuove l'adozione di una prospettiva di sviluppo in generale e la valutazione e il trattamento di bambini e adolescenti in particolare.

## REGNO UNITO

Il programma Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) (Clark et al., 2009; Clark, 2018; è il frutto di fasi di sviluppo clinico e politico messi in atto dal sistema sanitario britannico:

*I step* – 2004-2007 (rassegna delle evidenze scientifiche sulle terapie psicologiche efficaci)

*II step* – Analisi Economico-sanitaria dei costi della salute mentale (es. Layard et al., 2006; Layard, Clark, Knapp, & Mayraz, 2007).

*III step* – Implementazione di due progetti pilota composti da 152 primary care trusts (PCTs) che fornivano trattamenti CBT-related per ansia e depressione attraverso uno stepped-care approach.

È un programma su larga scala che si è posto come obiettivo di aumentare la disponibilità del trattamento psicologico per i disturbi d'ansia e depressione nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) inglese, secondo quanto raccomandato dal National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), un organismo autonomo del Dipartimento della Salute inglese. Questo programma è frutto di una profonda trasformazione che ha attraversato il National Health Service (NHS), il Sistema Sanitario Nazionale in vigore nel Regno Unito, e che tuttora lo pervade.

La riorganizzazione del NHS aveva lo scopo di realizzare tre obiettivi: a) rendere prioritarie e più efficienti le cure primarie, b) decentralizzare e territorializzare i servizi sanitari, c) riorganizzare i servizi ospedalieri e in genere le cure di secondo livello, o superiore.

Due principi hanno guidato la ristrutturazione del NHS verso una maggiore attenzione alle cure primarie: a) il cosiddetto value for money - cioè, l'attenzione ai costi economici e al controllo della spesa, nonché a quanto ritorna dagli investimenti effettuati e b) l'appropriatezza della cura, al fine di raggiungere dei buoni risultati terapeutici.

Il Programma IAPT, sulla base di questi due criteri (value for money e appropriatezza della cura) promuove un più ampio utilizzo delle terapie psicologiche fra quelle dimostratesi evidence-based, erogando, fra le terapie a disposizione, la più appropriata per un determinato paziente, sia dal punto di vista clinico che economico, e scegliendola all'interno di un ventaglio di interventi posizionati all'interno di un percorso stepped care.

Il principio del modello stepped care si fonda sulla gradualità degli interventi, che devono iniziare da quelli meno complessi e meno costosi. Se, tramite opportune analisi dei risultati terapeutici, questi primi interventi risultano efficaci, il percorso del paziente si arresta a questo livello. Se invece questi interventi risultano inefficaci, o il paziente non li ritiene adeguati al proprio benessere, il percorso terapeutico prosegue verso i livelli più elevati.

Secondo le linee guida NICE, per alcuni disturbi meno lievi di ansia e depressione sono sufficienti i trattamenti “low-intensity”: è l'intervento iniziale previsto, erogato dai Psychological Wellbeing Practitioners (PWP), e consiste in un massimo di 6 incontri a seguito dei quali viene fornito del materiale di auto-mutuo aiuto e svolta un'attività di supporto psicologico tramite conversazioni telefoniche o CBT computerizzata. Il paziente viene contattato entro 3 giorni dall'invio e il trattamento inizia entro 10 giorni.

Nel caso di depressione da moderata a grave e di alcuni tipi di disturbi d'ansia (come il disturbo post-traumatico da stress), le linee guida raccomandano invece di offrire subito ai pazienti un trattamento psicologico vis a vis e “high-intensity”: l'intervento ad alta intensità erogato da Terapeuti CBT consiste in 12-20 sedute basate su sessioni di terapia CBT e, dal 2010, anche su altri interventi terapeutici: IPT, (interpersonal therapy), EMDR (eye movement desensitization reprocessing therapy) e, recentemente, anche la DIT (Dynamic Interpersonal Therapy).

I servizi del programma IAPT seguono un modello "*hub and spoke*", che, tipicamente comprende un ufficio centrale di gestione e amministrazione centrale con forti legami con l'assistenza primaria e la comunità che consentono di fornire la maggior parte della terapia faccia a faccia.

Generalmente il paziente che si rivolge al servizio viene contattato immediatamente da un case manager per un appuntamento in presenza dopo circa 21 giorni. La prima seduta faccia a faccia ha una durata di 45' o 1h in una sede a scelta (es. medico di famiglia). Durante questa prima seduta il paziente compila l'assessment psicodiagnostico e gli viene offerto un trattamento (ma senza effettuare una diagnosi formale).

La terapia psicologica attuata è costituita da varianti a bassa e alta intensità di CBT. Gli interventi a bassa intensità comprendono la consegna ai pazienti di una copia di "A Recovery Programme for Depression" (Un programma di recupero per la depressione) di Karina Lovell e David Richards (1998), mentre al 42% di loro viene consegnato anche "Overcoming Anxiety" (Superare l'ansia) di Chris Williams 2008. Il case manager e il paziente fissano l'incontro successivo e concordano la sezione o il capitolo del libro che il paziente dovrà leggere prima di tale incontro. Durante l'incontro successivo entrambi lavorano su quanto prefissato.

Entrambi i programmi presentati e discussi in seduta hanno una finalità psicoeducativa e offrono ai pazienti la possibilità di selezionare tra le strategie cognitive e comportamentali più adatte alle loro difficoltà (attivazione comportamentale, ristrutturazione cognitiva, l'esposizione, gestione del sonno, gestione del panico e problem solving). Sono stati offerti ai pazienti anche due programmi CBT computerizzati basati sul web (Beating the Blues e FearFighter).

La maggior parte delle sedute successive si svolgono per telefono. Il case manager con l'ausilio di un computer, utilizza un sistema informatico progettato per aiutare a gestire e tracciare l'andamento del paziente. La sessione inizia con la somministrazione da parte del case manager del PHQ-9 e il GAD-7 al telefono e prosegue con una discussione sulla situazione attuale del paziente e una riflessione sui progressi compiuti.

## BELGIO

Dal 1° gennaio 2019, l'*Institut national d'assurance maladie-invalidité* prevede il rimborso delle consulenze con psicologi clinici e ortopedagoghi convenzionati per un massimo di 8 incontri per paziente per anno solare su richiesta di un medico (Jansen et al., 2022). Gli psicologi clinici e gli ortopedagoghi accreditati sono professionisti con laurea magistrale in psicologia clinica o pedagogia e almeno 3 anni di esperienza professionale che si impegnano a erogare cure psicologiche primarie con tariffa fissa e un massimo di 4-8 sedute rimborsate per paziente per anno solare. Questi professionisti sono, inoltre, coinvolti in momenti di intervisione e formazione all'interno della propria rete di salute mentale; non ci sono requisiti di istruzione e formazione per mantenere l'accreditamento.

## ISOLE CANARIE (LANZAROTE, SPAGNA)

L'articolo *El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental* (Gomez et al., 2019), risalente ai primi mesi del 2019, riporta l'esperienza pionieristica realizzata presso il Servizio Sanitario di Lanzarote in cui è stata istituita la figura dello psicologo clinico presso i centri di salute per avviare un programma strutturato di cure primarie. L'iniziativa, avviata nel mese di ottobre 2016, nella regione autonoma delle Canarie, ha visto il servizio di psichiatria riconfigurare la sua attività assistenziale, dislocando 3 psicologi clinici in altrettanti centri di salute appartenenti a 3 zone sanitarie di base (Gomez et al., 2019). Obiettivo del servizio era selezionare, tra le richieste riferite alla salute mentale, quelle corrispondenti a disturbi mentali comuni e seguirle in forma di assistenza primaria, sia come consultazione singola che in modalità di gruppo. La casistica clinica rientrava nella gamma degli stati d'ansia, dell'umore depresso, delle reazioni adattative e dei disturbi psicosomatici.

Le linee di intervento messe in atto nel servizio si sono concretizzate in: colloqui individuali, psicoterapia di gruppo, coordinamento dello psicologo con gli altri professionisti e la costituzione di un gruppo di professionisti denominato “Clinical Practice Reflection Group” per facilitare il coordinamento e la formazione e promuovere uno spazio di lavoro comune (Gomez et al., 2019).

***APPENDICE B***

***NORMATIVA STATALE***

## ASSISTENZA PSICOLOGICA DI BASE

---

Attualmente la normativa statale non disciplina la figura e l'inquadramento contrattuale dello psicologo di base nell'ambito dei rapporti di lavoro dipendente e in quelli di lavoro a convenzione con il Sistema sanitario nazionale.

La normativa vigente prevede la possibilità della presenza dello psicologo nei modelli organizzativi delle cure primarie, e, più in particolare, nelle forme organizzative multi-professionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, ai sensi dell'articolo 8, lettere b-bis), e b)- quinquies, del D.Lgs n. 502/1992, e del D.M. 23 maggio 2022, n. 77, (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale), che inserisce lo psicologo di cure primarie nella rete di professionisti del territorio operanti nella Casa della comunità.

### *Testo unificato per l'istituzione del servizio di psicologia di assistenza primaria nell'ambito del servizio sanitario nazionale*

La commissione XII Affari Sociali della Camera nella seduta di novembre 2023, a seguito dell'esame dei disegni di legge in materia di psicologia di base – C. 814 Ciocchetti, C. 1034 Lupi, C. 1228 Di Lauro, C. 1140 Malavasi, C. 1171 Graziano, C.1262 Patriarca e C. 1300 Loizzo – ha adottato all'unanimità il **testo unificato della proposta di legge per l'istituzione del servizio di psicologia di assistenza primaria**. Di seguito, sono riportati i punti salienti dell'articoli 1, 2 e 3 del testo unificato.

L'articolo 1 sancisce il diritto all'assistenza psicologica al fine di garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo nonché di assicurare le prestazioni psicologiche ai cittadini nell'ambito della medicina di assistenza primaria.

L'articolo 2 sancisce l'istituzione - in ciascuna azienda sanitaria locale - del servizio di psicologia di assistenza primaria, articolato a livello di distretto sanitario, riconoscendogli il compito di garantire un primo livello di intervento psicologico che prevede la rapida presa in carico del paziente e di svolgere un'attività complementare con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari, attraverso la creazione di un sistema di cooperazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta nonché con gli altri medici specialisti e con i professionisti sanitari e socio-sanitari presenti nel territorio.

L'articolo 3 definisce i compiti dello psicologo di assistenza primaria, che comprendono:

- a. lo svolgimento delle attività riservate e tipiche della professione psicologica nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria;
- b. la garanzia della promozione del benessere psicologico nell'ambito della rete della medicina generale e della pediatria di libera scelta e delle sue forme organizzative e operative comunque denominate nonché il sostegno e l'integrazione dell'azione dei professionisti delle cure primarie nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini, attraverso la promozione della collaborazione attiva e del rapporto con i distretti sanitari e le loro articolazioni funzionali, in particolare le attività delle Case della comunità;
- c. l'erogazione di un primo livello di assistenza psicologica di qualità, accessibile, di rapida presa in carico del paziente, con un favorevole rapporto costo-efficacia, al fine di agevolare una capacità di valutazione e di risposta più complete e integrate ai bisogni del cittadino nonché di ridurre i tempi e i costi per le famiglie e per il Servizio sanitario nazionale;
- d. l'utilizzo degli strumenti delle scienze psicologiche per svolgere l'attività di prevenzione, di promozione delle risorse psicologiche, di intercettazione e risposta precoce alle situazioni che compromettono il benessere psicologico e la salute, contribuendo a migliorare le competenze degli operatori delle cure primarie per una collaborazione in un'ottica biopsicosociale e che assicuri interventi centrati sulla persona nella sua globalità;
- e. l'intervento in presenza o in tele-assistenza a livello individuale, di gruppo e di comunità che assicuri le competenze psicologiche alle attività nell'assistenza primaria, con particolare riferimento agli aspetti soggettivi dei disturbi somatici, delle patologie e situazioni di cronicità e disabilità e della loro gestione, degli interventi domiciliari, di psico-educazione e di psico-consulenza, l'assistenza psicologica decentrata rispetto ad alcuni tipi di cura nonché l'invio precoce e corretto ai servizi specialistici di secondo livello nel territorio, qualora se ne ravveda la necessità;
- f. l'intervento, in sintonia con le funzioni di cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56, nelle seguenti situazioni: problemi legati all'adattamento nelle diverse fasi del ciclo di vita dovuti a lutti, perdita del lavoro, separazioni; disagi emotivi transitori ed eventi stressanti; diagnosi infauste e cronicità o recidività di malattia e difficoltà nell'aderenza alla cura;

- g. la partecipazione a progetti di prevenzione della malattia e di promozione ed educazione alla salute; il miglioramento delle relazioni e della comunicazione tra gli operatori sanitari e gli utenti e il supporto alle équipe sanitarie ad alto impatto emotivo;
- h. il collegamento tra le attività sanitarie di assistenza primaria e le attività in campo sociale, scolastico, formativo e dei soggetti della comunità locale; i) l'attività di filtro per la ripartizione degli accessi di carattere urgente nei reparti di pronto soccorso e dei bisogni lievi nei livelli secondari di cura; l) la predisposizione e la gestione dell'assistenza psicologica domiciliare.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

---

- Adams, J. (2013). Medicalization and the market economy: constructing cosmetic surgery as consumable health care. *Sociological Spectrum*, 33(4), 374-389.
- Ahmad, F., Hudak, P. L., Bercovitz, K., Hollenberg, E., & Levinson, W. (2006). Are physicians ready for patients with Internet-based health information? *Journal of medical internet research*, 8(3), e535.
- Arcidiacono, De Piccoli, Mannarini & Marta (2022). *Psicologia di comunità*, vol. 2. Metodologia, ricerca e intervento. Milano: Franco Angeli.
- Balint, M. (1957). The doctor, his patient and the illness. Pitman Medical Publishing Co. Ltd.
- Berardi, D., Leggieri, G., Ceroni, G. B., Rucci, P., Pezzoli, A., Paltrinieri, E., ... & Ferrari, G. (2002). Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Family Practice*, 19(4), 397-400.
- Bianco, C. (2018). Lo psicologo nelle cure primarie: dall'utenza alla realizzazione (Tesi di Dottorato). Available online at: [https://www.research.unipd.it/retrieve/e14fb26f-ad4a-3de1-e053-1705fe0ac030/tesi\\_definitiva\\_Francesca\\_Bianco.pdf](https://www.research.unipd.it/retrieve/e14fb26f-ad4a-3de1-e053-1705fe0ac030/tesi_definitiva_Francesca_Bianco.pdf) (accessed September 2023)
- Borrell, J., & Boulet, J. (2005). A theoretical exploration of culture and community health: Implications for prevention, research, and problem gambling. *Journal of Gambling Issues*, 13.
- Braibanti, P., Torri, A., Caffi, A., Borra, M., Paris, G., Vassallo, M., ... & Laganà, R. M. (2017). Lo psicologo nell'ambulatorio del medico di assistenza primaria. *La Psicologia come Scienza della Salute*, 10.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (2006). The bioecological model of human development. In R.M. Lerner & W. Damon (Eds.). *Handbook of Child Psychology*, Vol. 1: Theoretical Models of Human Development (pp. 793–828). Hoboken, NJ: Wiley. 6th ed
- Brownstein, J.S., Freifeld,C.C., & Madoff, L.C. (2009). Digital disease detection—harnessing the web for public health surveillance. *New England Journal of Medicine*, 360(21), 2153-2157.
- Campbell, C., & Burgess, R. (2012). The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health. *Transcultural psychiatry*, 49(3-4), 379-395.
- Caputo, A., & Mancusi, L. (2023). Lo psicologo di base: uno sguardo allo scenario europeo. *PSICOBIETTIVO*, 2023/2
- Carli, R., Paniccia, R. O. S. A., Caputo, A., Dolcetti, F. R., Enzo, F., & Fiammetta, G. (2016). The relationship between health care users' demand and the health care system's response: a research on change observed in the health care system, in the hospital and in the territory. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44.
- 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.
- Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161.
- Clark, D.M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23, 75-384
- Clark, D.M. (2018). *The improving access to psychological therapies manual*. UK: National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH).
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour research and therapy*, 47(11), 910-920.
- Dazzi, N., & De Coro, A. (2007). *Psicologia dinamica. Le teorie cliniche*. Milano: Laterza.
- Derkzen, J. (2009). Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 493-501
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical care*, 200-209.
- ENPAP (2023). *Progetto "Vivere Meglio" Risultati preliminari per la valutazione dell'efficacia dei percorsi di trattamento psicologico e psicoterapeutico per ansia e depressione del Progetto "Vivere Meglio"*. Available online at [https://www.enpap.it/doc/borse\\_lavoro/ReportVivereMeglio\\_maggio2023.pdf](https://www.enpap.it/doc/borse_lavoro/ReportVivereMeglio_maggio2023.pdf) (accessed September 2023)
- 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).

- Fabio, P., Stefania, S., Elisabetta, T., Thi, T. C. N., & lolanda, G. (2019). Public health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90(1), 24.
- Falanga, R., & Pillot, L. (2019). Co-presence of a family doctor and psychologist in the management of patients with psychosocial and somatic symptom disorders. *Medical Science Pulse*, 13(4), 11-16.
- Fulcheri, M (2001), et al.: Consultation-Liaison psychiatry: models and literature data. *Rivista di psichiatria*, 36(5), 257-271.
- Gierveld, J.D.J., Van Tilburg, T.G., & Dykstra, P.A. (2018). New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation. In *The Cambridge handbook of personal relationships*, eds. A. L. Vangelisti and D. Perlman (Cambridge University Press), 391–404.
- Glombiewski, J. A., Nestoriuc, Y., Rief, W., Glaesmer, H., & Braehler, E. (2012). Medication adherence in the general population. *PLoS One*, 7(12), e50537.
- Gomez R.A., Reina L.L., Mendez I.F., Garcia J.M., Brinol L.G. (2019). El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Atención Primaria*, 51(5): 310-313.
- Gottlieb, G. (2007). Probabilistic epigenesis. *Dev. Sci.*, 10(1), 1–11
- Jansen, L., Glowacz, F., Yurdadon, C., Voorspoels, W., Kinard, A., & Bruffaerts, R. (2022). Eerstelijns psychologische zorg in België: klinische kenmerken en zorggebruik. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(9), 595-603.
- Kaes, R. (2012). *Le malêtre*. Paris: Dunod.
- Kakhramonovich, T. P. (2022). Epidemiology of Psychiatric Disorders. *Texas Journal of Medical Science*, 12, 102-105.
- Kalisch, R., Cramer, A.O.J., Binder, H., Fritz, J., Leertouwer, I., et al. (2019). Deconstructing and reconstructing resilience: a dynamic network approach. *Perspect. Psychol. Sci.*, 14(5):765–77
- Liu, J.J.W., Reed, M., & Girard, T.A. (2017). Advancing resilience: an integrative multi-system model of resilience. *Personal. Individ. Differ.*, 111, 111–18
- Liuzzi, M. (2016). *La Psicologia nelle cure primarie. Clinica, modelli di intervento e buone pratiche*. Bologna: Il Mulino.
- McKinlay, J.B., & Marceau, L.D. (2002). The end of the golden age of doctoring. *International Journal of Health Services*, 32(2), 379-416
- Marinaci, T., Carpinelli, L., Venuleo, C., Savarese, G., & Cavallo, P. (2020). Emotional distress, psychosomatic symptoms and their relationship with institutional responses: A survey of Italian frontline medical staff during the Covid-19 pandemic. *Heliyon*, 6(12), e05766
- Masten, A.S. (2016). Resilience in developing systems: the promise of integrated approaches. *Eur. J. Dev. Psychol.* 13, 297–312.
- Masten, A.S. (2018). Resilience theory and research on children and families: past, present, and promise. *J. Fam. Theory Rev.*, 10(1), 12–31.
- Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 521-549.
- Ministero della Salute (2020). *Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025*: Available online at: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2955\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf) (accessed September 2023)
- Ministero della Salute (2022). Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) - Anno 2022. Available online at: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3369\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3369_allegato.pdf) (accessed September 2023)
- Moitra, M., Santomauro, D., Collins, P. Y., Vos, T., Whiteford, H., Saxena, S., & Ferrari, A. J. (2022). The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 19(2), e1003901.
- Moretta, T., & Buodo, G. (2020). Problematic Internet use and loneliness: How complex is the relationship? A short literature review. *Current Addiction Reports*, 7(2), 125-136.
- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDDR*, 8(9), WE01-WE04.
- Myers, L. (2020). *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. CRC Press.
- Negri, A., Fumagalli, E., Andreoli, G., Carelli, L., Zamin, C., & Paladino, A. (2019) Realizzare il modello biopsicosociale nelle cure primarie. Medico e psicologo insieme? L'opinione dei medici di medicina generale. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale*, 6(26), 76-82.
- Palma, L., & Giannacari, E. (2019). La parola che cura. Medico di Medicina Generale e Psicologo insieme nelle cure primarie. *Link*, 2, 48-55
- Poortinga, W. (2012). Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. *Health & place*, 18(2), 286-295.
- Regione Puglia (2022). Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025. Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 10 del 25-1-2022.

- [https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/2028353/DEL\\_1967\\_2022.pdf/dc6513cc-a9b9-0e7db210-682e54de6158?t=1678189101661](https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/2028353/DEL_1967_2022.pdf/dc6513cc-a9b9-0e7db210-682e54de6158?t=1678189101661) (accessed September 2023)
- Rochira, A., Mannarini, T., Fini, V., & Salvatore, S. (2019). Symbolic universes, semiotic capital and health. A semiotic cultural psychological analysis of the vaccination hesitancy phenomenon in Italy. In *Symbolic Universes in Time of (Post) Crisis* (pp. 215-233). Cham: Springer International Publishing.
- Ross, C. E., Mirowsky, J., & Pribesh, S. (2001). Powerlessness and the amplification of threat: Neighborhood disadvantage, disorder, and mistrust. *American sociological review*, 66(4), 568–591.
- Salvatore, S., & Palma, L. (2024). Per dare risposte efficaci al disagio psicologico serve un ampliamento di scala degli interventi. *Quotidiano Sanità Puglia*, 5 gennaio 2024: Available online at: [https://www.quotidianosanita.it/puglia/articolo.php?articolo\\_id=116589](https://www.quotidianosanita.it/puglia/articolo.php?articolo_id=116589) (accessed September 2023)
- Salvatore, S., Palmieri, A., Pergola, F., & Andrisano, R. (2019). Trasformazioni sociali, affettivizzazione della sfera pubblica e ricerca di senso. *Education Sciences & Society*, 10(2), 206-255.
- Santinello, M., Simonelli, A., Santoro, P., Canale, N., & Laugelli, E. (2016). Lo psicologo di base: primi risultati dalla sperimentazione in Veneto, *Psicologia della Salute*, 3, 103-115.
- Solano, L. (2011). *Dal sintomo alla persona: Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base*. Milano: Franco Angeli.
- Solano, L. (2013). *Tra Mente e Corpo: come si costruisce la Salute*. Nuova Edizione, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Solano, L., Di Trani M., Renzi A., (2015). Offrire risposte dove emerge la domanda: lo Psicologo di Base nell'Assistenza Sanitaria Primaria. *Ricerche di Psicologia*, 244-261.
- Solano, L., Pirrotta, E., Boschi, A., Cappelloni, A., D'Angelo, D., & Pandolfi, M.L. (2010). Medico di famiglia e psicologo insieme nello studio: un nuovo modello gestionale dove il sintomo diventa attivatore di risorse? *Italian Journal of Primary Care*, 2, 93-100.
- Tan, S. S. L., & Goonawardene, N. (2017). Internet health information seeking and the patient-physician relationship: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 19(1), e5729.
- Unterrichter, R., E. (2015). *Lo psicologo per i cittadini. Teoria ed esperienze nel servizio di base*. Roma: Carocci Editore
- Venezia, A., Mossi, P., Venuleo, C., Savarese, G., & Salvatore, S. (2019). Representations of physician's role and their impact on compliance. *Psicologia della Salute*, 2 100-121.
- Venuleo, C., & Guacci, C., (2014). Lo psicologo di base entro il servizio sanitario. Un caso studio sull'immagine della funzione psicologica e del servizio integrato espressa da pediatri e medici di base. *Psicologia della Salute*, 1, 73-97.
- Venuleo, C., Marinaci, T., Savarese, G., & Venezia, A. (2023). Images of the Patient–Physician Relationship Questionnaire (IPPRQ): An Instrument for Analyzing the Way Patients Make Sense of the Relationship with the Physician. In *Methods and Instruments in the Study of Meaning-Making* (pp. 169-195). Cham: Springer International Publishing.
- Venuleo, C., Rollo, S., Marinaci, T., & Calogiuri, S. (2016). Towards a cultural understanding of addictive behaviours. The image of the social environment among problem gamblers, drinkers, internet users and smokers. *Addiction Research & Theory*, 24(4), 274-287.
- Vinson, A. H. (2016). 'Constrained collaboration': Patient empowerment discourse as resource for countervailing power. *Sociology of health & illness*, 38(8), 1364-1378.
- Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T., van Mechelen, W., Hoedeman, R., van Marwijk, H. W., ... & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2008). Multidisciplinary collaborative care for depressive disorder in the occupational health setting: design of a randomised controlled trial and cost-effectiveness study. *BMC Health Services Research*, 8(1), 1-12.
- World Health Organization (1946). *Constitution of the world health organization*. Available online at: <https://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf> (accessed September 2023)
- World Health Organization. (1984). *Glossary of terms used in the "Health for All" series, no. 1-8*. WHO. Available online at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39565/9241800097.pdf?sequence=1> (accessed September 2023)
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization (2021). *Mental Health ATLAS 2020*. WHO. Available online at: <https://www.who.int/publications/item/9789240036703> (accessed September 2023)
- World Health Organization (2022a). *World mental health report: Transforming mental health for all*. WHO. Available online at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed September 2023)
- World Health Organization (2022b) *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief*, 2 March 2022. WHO. Available online at: [https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Mental\\_health-2022.1](https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1) (accessed September 2023)