

Tra le mura dello studio del medico di famiglia: lo psicologo delle cure primarie Risorse, criticità e pregiudizi nelle nuove frontiere del diritto alla salute

Giancarlo D'Antonio⁴

Sommario

L'articolo prende in esame il disegno di legge intitolato "Istituzione dello psicologo delle cure primarie" illustrato il 16 luglio 2020, per valutarne limiti e potenzialità alla luce della prospettiva sistemica. Questa proposta di legge è frutto di un dibattito ampio e decennale volto alla promozione di una figura professionale, quale quella psicologica, che permetta funzionalmente di concretizzare quel diritto alla salute che vede sempre più l'individuo nella sua totalità bio-psico-sociale. Analizzando il testo di legge attraverso una lente trifocale, centrata su tre livelli di analisi: individuo, equipe e rete territoriale, si cercherà di fare emergere una serie di nodi fondamentali che definiscono spazi di crescita e ripensamento del servizio di assistenza sanitaria territoriale come pure una serie di criticità e pregiudizi relativi al ruolo e all'operato dello psicologo.

Parole chiave

Psicologo delle cure primarie, diritto alla salute, salute psicologica, trifocalità, processo di cura, rete.

Summary

The article examines the draft law entitled "Institution of the primary care psychologist" presented on 16 July 2020, to assess its limits and potential in the light of the systemic perspective. This draft law is the result of a broad and ten-year debate aimed at promoting the psychological profession, which allows functionally to concretize that right to health that sees more and more the individual in his bio-psycho-social totality. Analyzing the law text through a trifocal lens, centred on three levels of analysis: individual, team and territorial network, the author will try to bring out a series of fundamental nodes that define spaces for growth and rethinking of the local health care service as well as a series of criticalities and prejudices related to the role and the work of psychologist.

Key words

Primary care psychologist, right to health, psychological health, trifocality, care process, network.

⁴ Giancarlo D'Antonio, allievo 1° anno IDIPSI, g.dantonio9633a@ordpsicologier.it

La definizione di diritto alla salute: dall'istituzione alle recenti declinazioni

Già nel 1946 l'OMS affermava che "è diritto fondamentale di ogni essere umano il possesso del migliore stato di salute, che ciascuno è capace di raggiungere, intendendosi per salute non solo l'assenza di malattia, ma un completo stato di benessere fisico, psichico e sociale". È proprio a partire da ciò che si struttura la prima completa enunciazione della definizione stessa di salute (Negri, 2018) e conseguentemente si inizia a parlare di diritto alla salute.

Il Comitato per i diritti economici, sociali e culturali (CESCR) istituito dal Consiglio economico e sociale dell'ONU, sottolinea come parlare di diritto alla salute non equivalga semplicemente al diritto ad essere sani.

La tutela della salute, però, in tutte le sue dimensioni psico-fisico-biologiche, solo negli ultimi anni ha visto un progressivo e completo percorso di vero riconoscimento. Inizialmente, infatti, nelle principali azioni degli Stati, il concetto di salute è stato accomunare e considerato intercambiabile con il concetto di sanità, intesa come condizione fisica di assenza di malattia.

Oggi giorno viene posto sempre più l'accento su un modello diverso, esteso, caratterizzato da approcci di intervento innovativi, multidimensionali, che prendono in considerazione vari aspetti della vita della persona e del benessere di questa (modello bio-psico-sociale, eco-bio-developmental model, ICF-Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute).

Questo modello di salute poggia su numerosi approcci che nel tempo sono stati antici-

patori della riflessione attuale, nati con una centratura sulla soggettività della persona, sull'idea di benessere come processo e sulla salute come polo positivo qui tendere. A tal proposito non possiamo non citare fra tutti Antonovsky (1996), padre della teoria della *salutogenesi*, che, spostando il focus dell'attenzione dalla malattia alla salute, si occupò delle fonti e dei processi di salute, andando oltre il modello patogenetico (Erikson e Lindstrom, 2008) ed evidenziando i fattori che contribuiscono a un progressivo miglioramento dello stato di benessere globale dell'uomo, invece che semplicemente sui fattori che ne causano la malattia.

Ogni persona, in qualsiasi fase della vita si trovi, dovrà sempre disporre di risorse e di opportunità per spostarsi verso il polo ideale dello stato di salute. Secondo l'autore, quindi, la variabile importante del processo risiede nel "come" una persona attinge dalle proprie risorse e da quelle condizioni oggettive rese disponibili dalla collettività. Affinché però si possa raggiungere l'obiettivo "salute", in modo compiuto, non è sufficiente lo sforzo di ogni singolo individuo, ma è necessario anche lo sforzo compiuto dalla società nel rendere possibile il riconoscimento delle proprie e altrui risorse e nel rendere i processi di salute realizzabili attraverso fattori sociali, infrastrutturali, culturali e di diritto (Sbattella e Scaduto, 2018).

Come evidenziato anche nelle osservazioni del Comitato per i diritti economici sociali e culturali (CESCR), che sottolinea come per un grado elevato di benessere fisico e mentale concorrono molteplici fattori sociali e culturali, il diritto alla salute risulta essere

una sintesi evoluta di molte condizioni basilari della vita dell'uomo, della società e dei relativi diritti. Realizzare il diritto alla salute implica, quindi, la tutela e la realizzazione di diversi altri diritti fondamentali.

Un passaggio fondamentale nella formazione del diritto alla salute, visto in tale ottica, risiede nella Carta di Ottawa (1986). È con tale documento, ad esempio, che il concetto di prevenzione evolve nell'idea di promozione: "la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla".

Le condizioni della salute in generale si realizzano, quindi, attraverso una promozione generale dei diritti fondamentali dell'uomo in un'azione individuale e collettiva tesa verso l'evoluzione in positivo di tutte le condizioni di vita, oggettive e soggettive, dell'umanità intera (WHO, 1986a, 1993; Ziglio et al., 2000).

La psicologia come professione sanitaria e il diritto alla salute mentale

Abbiamo visto in precedenza che sono molteplici i fattori che concorrono alla realizzazione di un buono stato di salute. In tale riflessione entra quindi a pieno titolo anche la salute mentale, intesa non come mera assenza di psicopatologia, ma come stato psicologico di benessere generale e quindi come elemento fondamentale affinché si realizzi lo stato di salute in senso compiuto. (Gruppo CRC, n.d.)

Negli anni passati si è spesso erroneamente pensato che lo psicologo fosse un professionista chiamato ad intervenire solamente

in condizioni di disagio psichico e di malattia mentale, sposando quindi perfettamente la vecchia definizione di salute come sanità. Così come negli anni è cambiata la concezione di salute è cambiata anche la concezione del professionista psicologo e delle sue funzioni.

Su questa base, è importante riflettere sul significato della c.d. Legge Lorenzin, Legge n. 3/2018. Essa è frutto di un dibattito ampio, collegato all'affermazione di un'idea estesa di salute che ha influito sulla professione psicologica. Se da una parte, infatti, uno dei principali elementi contrapposti, nel dibattito, all'approdo della psicologia tra le professioni sanitarie c'era, e permane tutt'ora, la valutazione di una professione frastagliata e multi sfaccettata che non si esaurisce nelle sue declinazioni sanitarie e cliniche, bisogna sottolineare come un'analisi di questo tipo sia fortemente legata a una visione medicalizzata e patologica del costruito di salute. Lo psicologo diviene così professionista della salute, in quanto oltre a svolgere atti squisitamente sanitari (diagnosi, cura e assistenza alla psicopatologia) ha il compito di intervenire in molti contesti e momenti del ciclo di vita, al fine di promuovere il miglioramento e la crescita degli individui e delle comunità. La psicologia detiene quindi un ruolo fondamentale nella *salutogenesi* e in tutti i processi legati alla tutela e alla promozione del diritto alla salute.

L'affermazione di una cultura sociale e politica della salute porta con sé evoluzioni ampie, soprattutto nel settore della salute mentale. Così è stato per l'approvazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA,

Dpcm 12 gennaio 2017), nei quali, per la prima volta, si è chiesto alle regioni di garantire servizi e prestazioni di tipo psicologico e psicoterapico, considerate finalmente all'interno del diritto di cura di ogni cittadino.

Come evidenziato da molti trattati internazionali, la professione psicologica gioca un ruolo fondamentale nella promozione della salute e nella cura, partecipando all'individuazione dei fattori di rischio e dei fattori di protezione, nel formulare piani di intervento adeguati che tengano conto di tutti i contesti con cui il soggetto interagisce e promuovendo quindi una presa in carico globale dell'individuo nella sua dimensione bio-psico-sociale.

Lo psicologo delle cure primarie: dalle sperimentazioni al DDL

La riflessione sull'organizzazione dell'assistenza psicologica si colloca all'interno di uno scenario che comprende sia la crescita progressiva della domanda psicologica da parte dei cittadini, sia il cambiamento degli scenari dei percorsi di cura che richiamano sempre con maggiore insistenza alla qualità della cura, includendo necessariamente l'aspetto psicologico e relazionale.

L'OMS calcola che nel mondo ci siano 450 milioni di persone che soffrono di disturbi mentali, neurologici o del comportamento, e che la gran parte di questi disturbi non siano né diagnosticati né trattati (WHO, 2001). Ed il numero continua a crescere con un conseguente impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali, umani ed economici in tutti i Paesi del mondo. (Epicentro, ISS, 2018).

Sono oltre 50mila le telefonate arrivate, con

un vero e proprio picco di chiamate giornaliere durante il lockdown, al numero verde di supporto psicologico, attivato nel mese di aprile 2020 dal ministero della Salute e dalla Protezione Civile per l'emergenza Covid-19. Le motivazioni di chi utilizza il servizio sono legate a stati di ansia (14%), depressione (13%) o stati di preoccupazione generalizzata e altre problematiche pregresse emerse a causa dell'emergenza (oltre il 40%). Merita attenzione il dato di persone con problemi di irritabilità (2%), con disturbi del ciclo sonno-veglia (2%), con problemi di relazione (1,2%), e che hanno richiesto aiuto nell'elaborazione di un lutto (3,2%) non necessariamente legato al Covid-19 (Ministero della Salute, 2020).

In Italia solo il 60% di chi riferisce sintomi depressivi ricorre all'aiuto di qualcuno, rivolgendosi soprattutto a medici e operatori sanitari (Sorveglianza PASSI, 2019)

Nel 2018 il portale AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) ha rappresentato un dato allarmante: rispetto all'anno precedente, infatti, è aumentato dell'8% il numero di italiani a cui è stato somministrato un farmaco per combattere ansia, nevrosi, attacchi di panico e insonnia. (AIFA, Rapporto OsMed, 2019)

Il dibattito internazionale ha ampiamente avvalorato che, accanto a bisogni di salute di carattere fisico, la presenza e la soddisfazione dei bisogni psicologici risultano altrettanto importanti e fondamentali per la salute psico-fisica degli individui. La letteratura ci dimostra che la maggior parte delle persone, in fase iniziale di bisogno, chiede aiuto al proprio medico di famiglia. Il dato

interessante è che, durante le consultazioni mediche, i problemi di natura psicosociale sono tra il 40% e il 60% di tutte le visite (Katon, 1985; Magill e Garrett, 1988), ma talvolta il medico non soddisfa pienamente la domanda complessa del paziente.

In questo scenario complesso, viene a delinearsi il ruolo dello psicologo di cure primarie che sia in grado di coadiuvare il medico di medicina generale ad intervenire nelle fasi di disagio psicologico, ad iniziare dalla sua precoce individuazione al fine di prevenire la sua degenerazione in forme croniche e/o patologiche, il che porterebbe a spostare l'intervento in strutture specialistiche.

Da circa 30 anni, in alcuni stati europei, e da circa 10 anni, in alcune zone italiane, sono presenti dei progetti di integrazione tra il lavoro del medico di famiglia e il lavoro dello psicologo di base o del territorio. A livello europeo sono state sviluppate delle interessanti iniziative in Gran Bretagna, in Belgio e in Olanda. In Italia i primi a sostenere la figura dello psicologo del territorio sono stati i professori Mario Bertini e Luigi Solano, medici di formazione e docenti all'Università la Sapienza di Roma. Tre sono le regioni in cui sono state attivate sperimentazioni strutturate: Umbria, Veneto e Puglia, dove accanto all'impegno regionale è stato fondamentale, per portare avanti la proposta, lo sforzo lungimirante di piccoli e medi Comuni e l'iniziativa di singoli Medici di Medicina Generale. La presenza dello psicologo delle cure primarie, così come ampiamente dimostrato dalle esperienze europee e da quelle italiane, ha contribuito a produrre benessere nella cittadinanza, una riduzione della spesa

farmacologica e di quella per gli accertamenti diagnostici e a ridurre le richieste improprie ed incoerenti, con l'effetto di ottimizzare anche il tempo di lavoro del medico di famiglia.

La *mission* della psicologia di cure primarie, pertanto, è la garanzia del benessere psicologico di qualità nella medicina di base, sul territorio, vicino alla realtà di vita dei pazienti, alle loro famiglie e alle loro comunità, fornendo un primo livello di servizi di cure psicologiche, di qualità, accessibile, efficace ed integrato con gli altri servizi sanitari, caratterizzato dunque anche da costi contenuti e contraddistinto da una rapida presa in carico del paziente.

Il 16 luglio 2020, il disegno di legge intitolato "Istituzione dello psicologo di cure primarie" è stato illustrato in Senato dalla prima firmataria, la senatrice Paola Boldrini, capogruppo del Pd nella Commissione Sanità.

Il Ddl andrebbe così a perfezionare la norma inserita lo scorso anno nel Decreto Calabria che, sulla base di accordi regionali o aziendali, prevedeva modelli organizzativi multiprofessionali per i medici di medicina generale nei quali era prevista la presenza, oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico e dello psicologo. Sono però poche le regioni che si sono adeguate: le uniche a varare una legge sono state recentemente la Puglia (Legge Regionale 7 luglio 2020, n. 21) e la Campania (Legge regionale 3 agosto 2020, n. 35).

Una lettura sistemica del DDL: risorse, criticità e pregiudizi

L'obiettivo è quello di effettuare una lettura

sistemica del testo di legge, in connessione con quelle che sono le esperienze territoriali già attivate, al fine di riuscire a individuare quali risorse e quali criticità sono presenti nella nuova proposta. Ma soprattutto, e forse ancora più interessante, sarà riuscire a capire come quel concetto di diritto alla salute, di cui si è prima ampiamente dibattuto, venga poi concretamente esplicitato e incarnato nell'istituzione di questa nuova figura. L'utilizzo di una lente sistemica permetterà un'analisi il più complessa ed onnicomprensiva possibile, in aderenza a quelle che sono le nuove visioni del concetto di salute e del ruolo dello psicologo, permettendo di analizzare i vari livelli di implicazione.

Può esserci utile, in questo senso, adottare come chiave di lettura del testo di legge la posizione di trifocalità e tridimensionalità, prendendola a prestito dall'ambito dei Servizi Sociali (Gui, 2008). Questa descrizione fa riferimento alla complessità del lavoro dei Servizi Sociali nello strutturare interventi che mantengano l'attenzione su almeno tre fuochi: individuo, organizzazione e istituzioni territoriali. Traslando questo modello e applicandolo all'universo dello psicologo delle cure primarie, possiamo ugualmente individuare la necessità di un lavoro ad ampio raggio che opera su almeno tre livelli: l'individuo, l'equipe, la rete territoriale. Si proverà ora ad effettuare un'analisi di ogni singolo livello.

Lavorare con la persona e non sulla persona. La nuova proposta sembra istituire una figura innovativa promuovendo un avvicinamento sostanziale dello psicologo ai possibili e potenziali pazienti, con un

movimento fisico e simbolico dello psicologo verso la persona bisognosa di cura e assistenza. Entrare dentro il sistema di assistenza territoriale e ambulatoriale implica un ribaltamento rispetto alla visione stereotipata della relazione psicologo-paziente, dove non è più il paziente a doversi necessariamente muovere in direzione dello psicologo ma è al contrario lo psicologo che si avvicina alla persona. Una nuova via di accesso potenziale, in un contesto quale quello sanitario dove è certamente molto difficile muoversi, ma in cui è possibile rileggere la relazione di cura.

In questo senso, molto interessante è la centratura del testo di legge sulla necessità di una nuova analisi della domanda: il focus sul disagio e soprattutto sulla sofferenza sottende una visione complessa di promozione della salute e uno spostamento delle lenti di lettura del bisogno. Il riferimento alla prevenzione primaria implica un'accoglienza di una serie di bisogni che altrimenti rimarrebbero completamente invisibili all'interno del sistema sanitario e soprattutto la possibilità di "tener dentro" la persona, in un processo attivo che la coinvolge direttamente nella definizione della domanda (Kaneklin, Ambrosiano, 1982).

Aprire alla possibilità di un'analisi processuale di questo tipo consente una lettura molto più complessa e circolare dei bisogni che supera la semplice visione sanitaria dell'assistenza. Soprattutto costruisce un nuovo modo di pensare la relazione con l'altro e anche con l'equipe di lavoro, ponendo il soggetto che fa richiesta di cura come parte attiva e, soprattutto, rendendolo visibile e

pensabile nella sua totalità.

Molto bella, in questo senso, è la possibilità di andare oltre l'ottica emergenziale aprendo a un lavoro proprio sulla costruzione delle risorse della persona, nella direzione di quel processo di promozione della salute, su cui tanto insistono e spingono le politiche internazionali. L'intervento dello psicologo in questo modo si muove con una "prospettiva promozionale", con la quale sostenere le persone a ritrovare la propria agency, a investire sulle risorse del sistema, a orientarsi verso il futuro. L'obiettivo diventa restituire all'altro la libertà di scegliere e di indirizzare la propria vita. (Facchini, 2016).

È ovvio che una visione di questo tipo mette lo psicologo in una dimensione di co-responsabilità, come sostiene Telfener (2011) "una responsabilità che condivide con coloro che incontra". Il concetto classico di intervento, in questo senso, appare fuorviante in quanto iscritto in una logica lineare che implica possibile che qualcuno sia separato dal sistema e agisca su di esso in modo istruttivo. Su questa linea di pensiero, Bianciardi (2008) introduce il concetto di "cura della cura", ossia l'attenzione a come il processo che definiamo intervento o cura evolve ed emerge dalle azioni comuni. Ciò determina un'operazione di secondo livello (Bateson, 1976), che consente di spostare il focus dal "cosa" al "come" quel processo di cura si sostanzia, si produce e si alimenta nella relazione. Agire in questo senso apre alla possibilità per lo psicologo di introdurre all'interno del sistema di cura tradizionale una visione nuova della relazione e dell'agito professionale.

Tuttavia, se sul piano della proposta la focalizzazione su questi aspetti apre davvero a una rivoluzione di paradigma nei processi di cura, dall'altra sul piano funzionale la gestione delle modalità attraverso cui avviene la presa in carico integrata tra medico e psicologo determina una necessaria difficoltà a poter introdurre interventi così raffinati, come quelli descritti sopra. Sembra infatti che, al di là delle previsioni, per come è strutturata la collaborazione con lo psicologo, di fatto, si possa operare più in prevenzione secondaria che non primaria, quindi sul disagio già conclamato e con la richiesta di lavorare sulla riduzione del sintomo (cioè ancora in un'ottica sanitaria). Se da una parte, infatti, lo psicologo entra sul piano simbolico e metaforico nello studio del medico, di fatto continuerà ad operare all'esterno di questo contesto, in studi propri, rendendo così difficile realizzare quel processo di movimento verso la persona che descrivevamo prima. Ma, soprattutto, le modalità di invio dei pazienti, ancora governate e determinate in modo lineare dal personale medico, in assenza di una reale integrazione congiunta, rendono difficile poi la possibilità di lavorare appieno nella direzione del processo promozionale dell'individuo.

Lavorare in equipe

Altra dimensione cruciale e particolarmente significativa, su cui si focalizza la proposta di legge è la necessità di una presa in carico integrata della persona. Il bisogno di costruire collaborazione e rapporti strategici tra psicologo e medici di medicina generale o pediatri di libera scelta è più volte sottolineato nel Ddl.

In continuità con quanto descritto prima, rispetto alla relazione col paziente, la possibilità di costruire attorno alla persona un'equipe di lavoro complessa e diversificata rappresenta una risorsa fondamentale sia per l'individuo che per la comunità tutta.

In uno spazio contratto e contorto come quello dell'assistenza sanitaria territoriale, diventa ancora più importante la presenza del confronto e della pluralità dei punti di vista, in quanto come scrive Telfener (2011): "la doppia descrizione costituisce la possibilità di ottenere una maggiore profondità di campo". Rintracciare più di un punto di vista sulle azioni in atto permette di ottenere l'equivalente cognitivo ed emotivo della visione binoculare, quindi di porsi in una posizione di "non semplificazione" (Bateson, 1984). L'opportunità di costruire una modalità di lavoro congiunta permette di realizzare quel "pluralismo collaborativo" (Telfener, 2011) che moltiplica le risorse a disposizione al fine di offrire una risposta di cura il più articolata, e quindi adeguata, possibile.

Il lavoro in equipe incarna un progetto operativo tra individui: passa, nella pratica della riflessione comune, da una linearità semplice a forze interagenti che producono un pensiero interconnesso e globale e una progettualità condivisa, perché il lavoro di gruppo permette di "non morire di certezze e neppure di incertezze" (ibidem).

È intuibile come sia proprio questa dimensione a garantire maggiormente il raggiungimento di quei due aspetti cruciali su cui si fonda tale proposta di legge: l'impatto sociale e quello economico conseguente all'inserimento di questa nuova figura. L'im-

patto sociale è determinato dalla promozione della salute e del benessere, in senso globale, dell'assistito inteso nella sua unità bio-psico-sociale. L'impatto economico è il risultato conseguente di riduzione delle spese sanitarie determinato proprio da una presa in carico immediata, a livello di prima assistenza, di una serie di problematiche e disagi che potrebbero aggravarsi o cronicizzarsi e dalla riduzione del ricorso a servizi sanitari aggiuntivi non necessari.

Molto interessante che nel testo di legge sia presente anche l'opportunità da parte dello psicologo di offrire al medico consulenze specifiche rispetto alla relazione e alla progettazione dell'intervento con gli assistiti, in quello che difatti si struttura come un vero e proprio ruolo di supervisore.

La supervisione è proprio il contesto entro il quale far evolvere la riflessività rispetto alle idee, alle azioni, ai significati e anche alle relazioni. Un contesto dove confrontare la progettualità, in cui lo psicologo può giocare un ruolo "cerniera" (ibidem). In questo senso è importante che il tipo di rapporto collaborativo previsto non si concretizzi in una riduttiva condizione di indipendenza operativa delle singole figure professionali, che vengono a intrattenere tra loro rapporti di semplice consulenza reciproca.

Come per il punto precedente, anche in questo caso però, a fronte di una proposta progettuale molto ricca e significativa, di fatto le modalità attraverso cui avviene l'invio degli assistiti allo psicologo da parte del medico apre profondi spazi di dubbio sull'effettiva possibilità di costruire quel ricchissimo atto di pluralità collaborativa.

Si lascia esclusivamente nelle mani del medico sia l'eventualità dell'invio dell'assistito allo psicologo, sia l'opportunità di attivare il trattamento congiunto, sia di richiedere la consulenza qualora lo ritenga necessario per sé.

Se da una parte è intuitivo che in questa fase si lasci al medico la funzione di filtro e di mediazione, dall'altra l'eccessiva discrezionalità di azione e di posizionamento lascia molti dubbi rispetto alla concreta possibilità di attuare un lavoro sinergico e produttivo.

Lavorare nella rete territoriale. La previsione è quella di garantire attraverso l'assistenza psicologica nella medicina di base un possibile raccordo con gli altri professionisti sanitari e sociosanitari del territorio. Nello specifico si richiede allo psicologo di promuovere e realizzare l'integrazione funzionale con i servizi specialistici di secondo livello, costituendo un filtro sia per l'accesso ai livelli secondari di cure sia per il pronto soccorso.

Si suggerisce l'opportunità di strutturare un lavoro di rete territoriale: è ormai una premessa condivisa che per risolvere i problemi di un cittadino non basti un solo servizio (e neanche l'attivazione in parallelo di più servizi), ma sia necessario costruire una rete, che si interconnetta sulla base di obiettivi condivisi (Facchini, 2016).

Il ruolo dello psicologo in uno scenario di questo tipo può essere quello di agevolare la costruzione della rete. Lo psicologo, in questo senso, può aiutare il servizio a elaborare risposte, affinché gli interventi realizzati non rimangano prettamente assistenzialistici o ortopedici, ma siano promotori di cam-

biamento del territorio stesso.

Il lavoro di rete implica una prospettiva di pensiero integrata che è in grado di generare o incardinare al suo interno teoria, modelli, tecniche di lavoro di tipo pluridimensionale (Folgheraiter, 1999).

Si fa riferimento, seppur timidamente, all'opportunità di realizzare concretamente quell'obiettivo di promozione della salute della comunità a 360°, attraverso un lavoro di rete volto alla condivisione e alla co-progettazione.

In questa prospettiva, ha senso pensare allo psicologo come una figura ponte che oltre a fare da filtro tra i livelli di cura primaria e quelli secondari, possa promuovere una comunicazione efficace, introdurre un punto di vista irriverente, favorire delle posizioni autoriflessive all'interno del sistema complesso in cui opera.

Introdurre l'*irriverenza* all'interno del contesto sanitario vuol dire promuovere una posizione di rispettosa disobbedienza verso ogni idea che limiti la propria o l'altrui operatività e creatività, vuol dire decostruire modalità di azione cristallizzate, lineari e reiterate. Ma vuol anche dire assumere una posizione etica e responsabile di autoriflessività in cui accettare di perdere l'illusione del controllo e permettere di conciliare posizioni apparentemente antitetiche (Cecchin et al., 1992).

Il testo di legge italiano fa solo timidamente riferimento a un obiettivo comunitario della psicologia delle cure primarie, sottolineando la necessità di lavorare con la popolazione in generale. Ma le numerose esperienze, sia italiane che internazionali, hanno ampiamente dimostrato come la figura dello

psicologo delle cure primarie, se incardinato nel sistema, possa davvero porsi come un polo di comunità in grado di costruire progettualità complesse e trasversali.

Anche in questo caso, però, rimanendo ancora una figura periferica rispetto al Sistema Sanitario come istituzione e soprattutto sullo sfondo rispetto alla gestione ambulatoriale della medicina di base, riesce difficile capire come lo psicologo possa concretamente muoversi in uno spazio che appare molto contratto e limitato. Questo doppio livello in cui si concepisce la psicologia come un'opportunità di ampliamento e ripensamento ma che nello stesso tempo continua ad essere fisicamente e simbolicamente relegata a un posizionamento e a un'azione periferici, rende difficile una sintesi produttiva.

Conclusioni

Adottare una lente sistemica per analizzare le risorse e le criticità del nuovo testo di legge, permette di far emergere alcuni concetti fondamentali su cui si poggia l'istituzione di questa nuova figura: *complessità, circolarità e differenza*. Lo psicologo delle cure primarie apre a uno spazio potenziale di crescita del nostro agire professionale, costruendo luoghi potenziali in cui tali costrutti teorici, propri della prospettiva sistemica, possono diventare materia quotidiana su cui e attraverso cui lavorare.

Parlare di complessità, nella relazione con l'altro, in questo caso con l'assistito, implica accettare che è il più complesso che spiega il più semplice, in uno schema concettuale che richiede di non frammentare gli oggetti di studio ma di considerarli in relazione tra

loro. Si tratta di costruire una visione delle cose che mantiene immutati gli elementi considerati ma cambia il modo di assemblarli e quindi di analizzarli (Telfener, 2011).

La circolarità nelle cure primarie diventa possibilità di pensare in termini di processi e relazioni dinamiche, anziché oggetti e contenuti statici. Pensare in maniera circolare sostiene lo sforzo costante di non cedere alla linearità delle letture, in cui la ricostruzione cumulativa semplifica le descrizioni e costruisce etichette giudicanti. Costruire letture circolari combatte lo stigma, sostiene la sensibilità e apre il sistema al nuovo, quindi al cambiamento (Facchini, 2016).

Pensare all'assistenza ambulatoriale di base come luogo di differenze, nello scambio tra professionisti diversi, vuol dire ottenere punteggiature disparate, complessità maggiore e una lettura polifonica degli eventi. L'incontro di più persone, per discutere in maniera dialettica di un problema, permette di evidenziare ed amplificare i diversi punti di vista sfruttando "le differenze che fanno una differenza" (Telfener, 2011). Questo vuol dire costruire un cervello cibernetico risultante dalla formazione di una mente di gruppo che permette di passare dalle molte ipotesi lineari dei singoli a una descrizione embricata, variegata, interconnessa.

Pensare e agire in questi termini, costruisce una nuova rappresentazione della relazione con l'altro ma soprattutto una nuova narrazione dell'altro. Restituire al paziente la possibilità di essere voce in capitolo, di essere visto nella sua identità e specificità restituisce all'altro la dignità della sua esistenza. Agire in questo senso vuol dire consentire

all'altro l'espressione del pieno diritto alla salute e all'autodeterminazione, convergenti nel più ampio e fondamentale diritto alla libertà personale (Sbattella e Scaduto, 2018). Vuol dire garantire, attraverso il diritto alla salute, il diritto alla dignità, che Gulotta (2012) ben definisce come il fil rouge dei diritti umani. La dignità anzi si configura come la madre stessa di tutti i diritti, "il diritto ad avere diritti" (Resta, 2014).

È necessario, però, sottolineare che un'attenta analisi permette di far emergere come, non soltanto a livello sociale ma anche a livello istituzionale, ci sia un pregiudizio fortissimo sul ruolo e l'azione dello psicologo, a cui si richiede di operare a un alto livello di complessità nella totale assenza, però, di condizioni strutturali e funzionali che gli consentano di farlo. Se da una parte, infatti, la reticenza che ancora sul piano sociale e comunitario sussiste nei confronti della psicologia trova un tentativo di scardinamento in una serie di movimenti istituzionali degli ultimi anni, si continua a richiedere agli psicologi un gran lavoro simbolico e astratto in assenza di garanzie sostanziali che permettano di lavorare in contenitori tutelati e tutelanti.

Bibliografia

- AIFA, Rapporto OsMed (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali) (2019). *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2018*. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco. Consultato il 07 ottobre 2020, su https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/Rapporto_OsMed_2018.pdf/c9eb79f9-b791-2759-4a9e-e56e1348a976
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 11 (1), 11-18. DOI: 10.1093/heapro/11.1.11
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Bianciardi, M. (2008). Centralità della relazione terapeutica in terapia sistemica individuale. *Connessioni*. 20, 157-172.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A. (1993). From strategizing to nonintervention: Towards irreverence in systemic practice. *Journal of Marital & Family Therapy*. 19 (2), 125-136.
- CRC (2011). *Considerazioni sui rapporti presentati dagli Stati parte ai sensi dell'articolo 44 della Convenzione. Osservazioni conclusive: Italia*. CRC/C/ITA/CO/3-4, 31 ottobre 2011. United Nations. Consultato il 18 settembre, su https://www.minori.gov.it/sites/default/files/crc_c_ita_co_0.pdf
- Epicentro, ISS (2018, 11 ottobre). *Giornata mondiale della salute mentale 2018*. Consultato il 30 agosto, su <https://www.epicentro.iss.it/archivio/2018/11-10-2018>
- Eriksson, M., Lindstrom, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*. 23 (2), 190-199. DOI: 10.1093/heapro/dan014
- Facchini, F. (2016). La figura dello Psicologo nel Servizio Sociale del Comune. *Cambia-menti*. 1, 30-38.
- Folgheraiter, F. (2001). Liberalizzazione nei servizi sociali. *Prospettive Sociali e Sanitarie*. 1, 7-10.
- Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (n.d.). *La salute mentale*. Consultato il 12

- ottobre 2020, su <http://gruppocrc.net/area-tematica/la-salute-mentale/>
- Gui, L. (2008). Tre committenti per un mandato. In F. Lazzari (a cura di), *Servizio sociale Trifocale. Le azioni e gli attori delle nuove politiche sociali*. Milano: Franco Angeli.
 - Gulotta, G. (2014). Diritti umani, dignità e psicologia [versione on-line]. *Cultura e diritti. Per una formazione giuridica*. 4, 85-99.
 - Kaneklin, C., Ambrosiano, L. (1982). Formazione e intervento psicosociale. In E. Scabini (a cura di), *Psicologia Sociale*. Torino: Bollati Boringhieri.
 - Katon, W. (1985). Somatization in primary care. *Journal of Family Practice*. 21: 257-258.
 - Magill, M.K., Garrett, R.W. (1988), Behavioral and psychiatric problems. In R.B. Taylor (Ed.), *Family Medicine* (3rd ed., pp. 534 - 562), New York, USA: Springer - Verlag.
 - Ministero della Salute (2020, 11 giugno). *Comunicato n° 189*. Consultato il 30 agosto, su <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioComunicatiNuovoCoronavirus.jsp?id=5570>
 - Negri, S. (2018). *Salute pubblica e diritti umani nel diritto internazionale*. Torino: Giappichelli.
 - Resta, F. (2014). Dignità nella detenzione e sovraffollamento penitenziario [versione on-line]. Note a margine del decreto carceri. *Cultura e Diritti. Per una formazione giuridica*. 1, 63-66.
 - Sbattella, F., Scaduto, G. (2018). *Promuovere e difendere I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Il contributo della psicologia*. Milano: Franco Angeli Edizioni.
 - Sorveglianza PASSI (2019). *Sorveglianza PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, periodo 2015-2018*. Consultato il 30 agosto, su <https://www.epicentro.iss.it/passi/>
 - Telfener, U. (2011). *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 - World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health. 17-21 November 1986*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Consultato il 07 ottobre 2020, su https://www.who.int/healthpromotion/milestones_ch1_20090916_en.pdf
 - World Health Organization (1993). *Health for All targets: The Health Policy for Europe*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Consultato il 07 ottobre 2020, su https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199he-eng.pdf
 - World Health Organization (2011). *The world health report 2011 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Consultato il 07 ottobre 2020, su https://www.who.int/whr/2011/en/whr01_en.pdf
 - Ziglio, E., Hagar, S., Griffiths, J. (2000). Health promotion development in Europe: achievements and challenges. *Health Promotion International*. 15 (2), 143-154. DOI: 10.1093/heapro/15.2.143