

Il volume raccoglie gli atti del VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Sociologia della Salute (S.I.S.S.), tenutosi a Pisa nel giugno 2015. Gli articoli affrontano i temi dell'integrazione socio-sanitaria e della costruzione della salute, in prospettiva multidisciplinare attraverso un dialogo proficuo tra mondo accademico e professionale.

L'attuale crisi (economico-finanziaria, sociale e culturale) sta trasformando in modo irreversibile le politiche sociali e sanitarie; in questo scenario la salute è sempre più al centro di forti tensioni tra risposte pubbliche e modelli di mercato. Le varie chiavi interpretative – dal diritto alla sociologia, dalla psicologia al servizio sociale – si confrontano nel testo utilizzando approcci teorici diversi e i risultati di numerose indagini empiriche per fornire indicazioni utili all'individuazione di buone pratiche e al ripensamento dei modelli gestionali e organizzativi.

Con i contributi di: M. Bonciani, R. Casamassima, S. Clementi, B. Cordella, G. Cotichelli, S. De Rosi, R. Di Santo, M. Di Trani, P. Elia, L. Ferrara, M. Ferretti, A. Florio, M. Gifuni, A. Golino, M. Grasso, F. Greco, P. P. Guzzo, G. Moro, A. Orlando, U. Pagano, P. Pasetti, A. Perino, A. Renzi, A. Sannella, P. Scida, L. Solano, C. Sorio, I. Vaccari, M. Vainieri.

Rita Biancheri è Professoressa Associata di Sociologia dei processi culturali presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Pisa. Si occupa da anni di studi di genere e di sociologia della salute. Coordina, per l'Università di Pisa, il progetto europeo TRIGGER (*Transforming Institution by Gendering contents and Gaining Equality in Research*) ed altri progetti di rilievo nazionale. Su questi temi è Autrice di monografie e di numerosi articoli e saggi.

Silvia Cervia è ricercatrice in Sociologia dei processi culturali presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Pisa e membro del Direttivo Nazionale SISS (Società Italiana di Sociologia della Salute). I suoi interessi di ricerca privilegiano gli ambiti della Sociologia della Salute e gli Studi di Genere, con particolare riguardo agli assetti di potere e alle loro trasformazioni. Su questi temi è autrice di monografie, articoli e saggi.

€ 00,00



LA COSTRUZIONE DELLA SALUTE NEL WELFARE SOCIO-SANITARIO

R. Biancheri e S. Cervia (a cura di)

ATTI DI CONVEGNO



LA COSTRUZIONE DELLA SALUTE NEL WELFARE SOCIO-SANITARIO

a cura di Rita Biancheri e Silvia Cervia

PISA
UNIVERSITY
PRESS



PISA
UNIVERSITY
PRESS



La costruzione della salute nel welfare socio-sanitario

a cura di Rita Biancheri e Silvia Cervia

P S A
UNIVERSITY
PRESS

CIP

CIP a cura del Sistema bibliotecario dell'Università di Pisa

MEMBRO DEL COORDINAMENTO
UNIVERSITY PRESS ITALIANE

UPI
**UNIVERSITY
PRESS ITALIANE**

© Copyright 2016 by Pisa University Press srl
Società con socio unico Università di Pisa
Capitale Sociale € 20.000,00 i.v. - Partita IVA 02047370503
Sede legale: Lungarno Pacinotti 43/44 - 56126 Pisa
Tel. + 39 050 2212056 Fax + 39 050 2212945
press@unipi.it
www.pisauniversitypress.it

ISBN

progetto grafico: Andrea Rosellini
impaginazione: David Nieri

In copertina: "Equilibri 2016" di Rosalia Telara

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi - Centro Licenze e Autorizzazione per le Riproduzioni Editoriali - Corso di Porta Romana, 108 - 20122 Milano - Tel. (+39) 02 89280804 - E-mail: info@clearedi.org - Sito web: www.clearedi.org

Indice

Prefazione <i>di Carmine Clemente</i>	5
Introduzione <i>di Rita Biancheri</i>	7
CONTRIBUTI TEORICI	
Crisi dei sistemi di welfare e politiche di conciliazione <i>di Rita Biancheri</i>	19
La tutela dell'equità nei sistemi sanitari in transizione: un'interpretazione sociologica <i>di Silvia Cervia</i>	31
La valutazione dell'integrazione sociosanitaria: una <i>review</i> sistematica della letteratura <i>di Lucia Ferrara e Giuseppe Moro</i>	45
La Direttiva sull'assistenza sanitaria transfrontaliera e la prescrizione e fornitura di farmaci in Europa: aree e livelli di azione per salvaguardare la salute <i>di Lucia Ferrara</i>	57
Infermieristica ed equità nella salute in un sistema socio-sanitario in cambiamento <i>di Giordano Cotichelli</i>	69
Salute e malattia nella <i>web society</i> <i>di Antonella Golino</i>	79
Welfare e inclusione sociale: i minori stranieri con disabilità <i>di Rocco Di Santo e Alessandra Sannella</i>	89
Il sistema occupazionale nei servizi delle dipendenze: analisi e spunti per un meta-modello sociologico dell'interprofessionalità <i>di Pietro Paolo Guzzo</i>	99
La dipendenza da cibo <i>di Umberto Pagano</i>	117

ESPERIENZE

L'integrazione professionale nei servizi per la Salute Mentale. Una ricerca in Trentino <i>di Marilena Ferretti e Annamaria Perino</i>	131
Il progetto "E.P.E. Il reparto di psichiatria apre le porte ai familiari": una buona prassi di partecipazione dei cittadini <i>di Silvia Clementi</i>	143
Malattia Mentale e Servizi Territoriali: l'esperienza di Trento <i>di Barbara Cordella, Francesca Greco, Raffaella Casamassima, Michele Gifuni, Antonia Florio, Massimo Grasso</i>	153
La collaborazione tra il medico di medicina generale e lo psicologo: valutazione degli effetti della consulenza in copresenza <i>di Francesca Greco, Barbara Cordella, Michela Di Trani, Alessia Renzi, Luigi Solano</i>	165
La Mediazione culturale: negoziazione delle pratiche di cura della salute mentale in un ospedale italiano <i>di Paola Elia, Barbara Cordella, Francesca Greco, Massimo Grasso</i>	175
Valutazione di esito dei percorsi assistenziali di pazienti in trattamento nelle strutture residenziali accreditate della provincia di Ferrara <i>di Cristina Sorio, Paolo Pasetti, Alessio Orlando</i>	185
L'autoefficacia negli adolescenti: un fattore abilitante da promuovere in un'ottica di genere <i>di Cristina Sorio, Ilaria Vaccari</i>	197
<i>mHealth</i> a supporto del percorso nascita in Toscana. Il disegno di <i>hAPPyMamma</i> <i>di Sabina De Rosis, Manila Bonciani, Milena Vainieri, Patrizia Scida</i>	211
<i>Autori/Autrici</i>	225

La collaborazione tra il medico di medicina generale e lo psicologo: valutazione degli effetti della consulenza in copresenza

Francesca Greco, Barbara Cordella, Michela Di Trani,
Alessia Renzi, Luigi Solano

Introduzione

La prevenzione e il trattamento del disagio psichico si scontrano ancora oggi con lo stigma associato alla malattia mentale, che rende complessa la formulazione di una richiesta specifica di intervento psicologico (Solano *et al.*, 2015), anche in considerazione dei costi ad essa connessi (Hopson, Cunningham, 1995). Rimane dunque da interrogarsi su quali strategie adottare per superare lo stigma, favorendo così l'accesso alla cura del disagio.

L'analisi della letteratura internazionale evidenzia come le richieste di intervento relative al disagio psicosociale vengano spesso portate al Medico di Medicina Generale (MMG): emerge, infatti, che l'84% dei casi che si presentano ai MMG non hanno una eziologia organica (Kroenke, Mangelsdorff, 1989) e che il 70% dei disagi riportati ai MMG sono relativi a problemi di carattere psicosociale (Gatchel, Oordt, 2003).

Il *Piano Sanitario Nazionale 2011-2013* prevede che i MMG si assumano la responsabilità della salute dei pazienti e delle loro famiglie nella loro complessità, integrando la dimensione biologica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale (Cordella *et al.*, 2015). In Italia questa prospettiva è rintracciabile anche nella legge 189/12 che istituisce la creazione delle case della salute, le quali secondo Bertin (2015) perseguono l'obiettivo di incrementare l'*empowerment* della persona che si rivolge al Sistema Sanitario come sistema integrato delle diverse professionalità (Illich, 2003).

L'integrazione tra professionisti è un cambiamento auspicato che tuttavia richiede un mutamento culturale (Bertin, 2015) che favorisca la decentralizzazione dei servizi dall'ospedale al territorio, la trasformazione dei rapporti tra professionisti (da rapporti di tipo gerarchico al team di lavoro), ed il cambiamento dell'approccio impiegato (da tecnico ad olistico). Il processo di integrazione è sicuramente un processo complesso che vede in specifiche realtà locali l'attuazione di sperimentazioni tese a trovare soluzioni innovative (Bertin, Cipolla, 2013).

In questa prospettiva alcuni Autori (Solano, 2011; Bersenson *et al.*, 2011) sostengono che l'assunzione di un approccio bio-psico-sociale, oltre da offrire un servizio teso a promuovere il benessere della popolazione, consentirebbe di ridurre la spesa sanitaria e favorirebbe la prevenzione primaria grazie all'apporto delle specifiche competenze dei diversi professionisti.

All'interno di questa cornice di riferimento da circa 15 anni, un progetto portato avanti dalla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università Sapienza di Roma, propone l'affiancamento di uno psicologo ai medici di medicina generale. Gli obiettivi di questo progetto sono realizzare un servizio diretto all'intera popolazione (non solo al disagio psichico), in cui non sia necessaria una specifica domanda psicologica da parte del paziente, ed in cui l'intervento dello psicologo non sia subordinato all'invio del medico, ma sia costruito con il medico stesso. Il lavoro in copresenza permette, inoltre, di rendere più familiare la figura dello psicologo, di offrire un ascolto che prenda in esame gli aspetti bio-psico-sociali, intervenendo, altresì, in una fase iniziale del disagio. Inoltre, attraverso la presa in carico congiunta del paziente, il progetto auspica una riduzione della spesa sanitaria dei medici coinvolti (Solano, 2011; Solano *et al.*, 2015).

L'esperienza attuata prevede la collaborazione tra uno psicologo specializzando ed un MMG nell'accogliere insieme ogni paziente per un turno a settimana. Spesso l'intervento dello psicologo rimane confinato all'interno della consultazione medica, mentre qualora emerga una tematica di chiara competenza psicologica (ad es. un conflitto coniugale) lo psicologo può proporre al paziente uno o più incontri a due e, laddove emerga l'indicazione di un trattamento psicologico a lungo termine, il paziente può essere inviato ad uno specialista (che possiamo definire di secondo livello) della Salute Mentale. È importante evidenziare che in questo contesto lo psicologo non si occupa di disagio psichico conclamato, ma di aiutare le persone ad affrontare esperienze di vita difficili, intervenendo soprattutto in termini di promozione delle risorse personali.

Attualmente l'esperienza ha coinvolto circa 20 psicologi specializzandi e MMG. In due casi è stato possibile conoscere la spesa farmaceutica relativa agli studi medici prima e dopo l'ingresso dello psicologo e confrontarla con l'andamento medio della ASL. I risultati hanno mostrato un risparmio in uno studio del 17% (75.000 euro in un anno), nell'altro del 14%, (55.000 euro). È ipotizzabile un risparmio analogo sulla spesa per indagini strumentali e ricoveri ospedalieri. Se questi risultati venissero confermati da una sperimentazione più ampia, non solo la spesa relativa al personale verrebbe ampiamente ripagata, ma si realizzerebbe un congruo risparmio netto per il Servizio Sanitario Nazionale (Solano *et al.*, 2015).

Questa esperienza si differenzia da altri tentativi di istituire una figura psicologica all'interno dell'assistenza primaria: in Olanda 6000 psicologi lavorano principalmente su richiesta dei medici di medicina generale (Derksen, 2009), mentre in Inghilterra 6000 psicoterapeuti sono stati assunti per effettuare terapie brevi su pazienti con disagio non psicotico (Clark, 2011). Tuttavia in queste esperienze gli

utenti esprimono chiaramente il loro disagio in termini di disturbo psichico (anche se non grave) ed hanno dunque sviluppato una domanda specialistica, mentre resta inascoltato il disagio che prende una forma somatica, o che non giunge ad esprimersi come sintomatologia psichiatrica o che non supera la barriera del pregiudizio sociale che rende arduo l'accesso alle cure.

Nell'ottica dunque di favorire l'accesso della popolazione alla prevenzione e cura del disagio psicofisico, il presente lavoro si propone di valutare gli effetti della collaborazione in copresenza sulla rappresentazione dello psicologo da parte dei pazienti dei MMG. A tale scopo è stato condotto uno studio osservazionale per confrontare la percezione dello psicologo da parte dei pazienti che si rivolgono al MMG che lavora in copresenza con lo psicologo (gruppo sperimentale) e quella dei pazienti che si rivolgono al MMG che non lavora in copresenza (gruppo di controllo). Al fine di valutare l'effetto dell'intervento in copresenza sulla capacità dei pazienti di percepire positivamente lo psicologo facilitando il superamento dello stigma e il trattamento del disagio.

Sono state prese in esame due ipotesi:

- *Ipotesi 1 (H1)*: l'effetto dell'intervento è determinato dall'approccio del medico che lavora in copresenza con lo psicologo. In questa ipotesi la variabile indipendente è l'aver incontrato il medico, a prescindere dalla presenza dello psicologo, e quella dipendente è la percezione del paziente.
- *Ipotesi 2 (H2)*: l'effetto dell'intervento è determinato dalla copresenza di psicologo e MMG in fase di consultazione. In questo caso la variabile indipendente è l'aver incontrato il medico e lo psicologo in copresenza e quella dipendente è la percezione del paziente.

Metodologia

Lo studio è stato progettato, approvato (Comitato Etico) e realizzato dal Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università Sapienza di Roma. Duecentoventisette pazienti sono stati reclutati negli studi di quattro MMG. Due di questi studi sono stati scelti a caso tra quelli che partecipavano al progetto dove il MMG lavorava in copresenza con lo psicologo una volta alla settimana. Gli altri due studi sono stati scelti in modo che fossero simili per localizzazione geografica, numero di pazienti ed esperienza professionale del medico (valutata in anni).

Alle persone che hanno accettato di partecipare, attraverso la compilazione di un consenso informato (85% del campione contattato), è stato chiesto di compilare un questionario in sala d'attesa. Un ricercatore era presente per poter sostenere e informare i partecipanti, ma non ha interferito con il processo. I dati sono stati raccolti una volta alla settimana tra aprile e giugno 2013 in funzione dalla disponibilità del medico. Negli studi che operavano in copresenza, i dati sono stati raccolti il giorno in cui era presente anche lo psicologo.

Il questionario è stato strutturato in due parti: una prima parte a domande chiuse, tesa a rilevare le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti (genere, età, nazionalità, livello di istruzione e livello di occupazione) e l'aver consultato uno psicologo nel corso della vita, e una seconda parte, volta a rilevare la rappresentazione dello psicologo. In questa seconda parte ai pazienti è stata proposta la seguente domanda aperta: "Le chiediamo di raccontarci in queste righe come vede la figura dello psicologo. Ad esempio: di che cosa si occupa lo psicologo? In quali situazioni pensa può risultare utile rivolgersi ad uno psicologo? In che consiste il lavoro dello psicologo?".

Inoltre ai pazienti del MMG che collabora con lo psicologo è stato chiesto se avessero consultato il MMG in copresenza con lo psicologo, allo scopo di distinguere coloro che avevano effettivamente usufruito dell'intervento in copresenza dagli altri pazienti.

Analisi dei dati

Decodifica delle risposte alle domande aperte

Inizialmente, tre giudici hanno decodificato le risposte alle domande aperte, concordando i punteggi quando in disaccordo, in base a tre criteri di decodifica: ambito di intervento (patologie = 0, problemi = 1), utilità generale (inutile = 0, utile = 1) e utilità personale dell'intervistato (inutile per sé stessi/utile per gli altri = 0, utile per se stessi = 1).

Alle risposte non chiaramente decodificabili non è stato attribuito alcun valore e i partecipanti che presentavano due valori mancanti su tre sono stati esclusi dallo studio.

In tabella 1 sono riportati degli esempi di decodifica.

Tabella 1. Esempi di codifica delle risposte.
<p>Utilità generale <i>Utile: "Penso che sia una figura utile soprattutto nel contesto in cui viviamo..."</i> <i>Inutile: "Inutile a risolvere i problemi di noi stessi. Bisogna da noi stessi farci forza e andare avanti con le proprie forze"</i></p>
<p>Ambito di intervento <i>Problemi: "Rivolgersi quando si capisce che ci si sente non in grado di gestire diverse situazioni di vita e personali. Supporto in occasioni lavorative (di stress), familiari (relazioni difficili, maltrattamenti), disabilità e gravi problemi di salute"</i> <i>Patologie: "Lo psicologo si occupa di intervenire per la soluzione di disturbi mentali. È molto utile per le persone che soffrono di ansia, depressione o che hanno bisogno comunque di un supporto per risolvere turbamenti"</i></p>
<p>Utilità personale <i>Sì: "[Lo psicologo] può essere utile a superare momenti di disagio che possiamo incontrare sia nella vita familiare e affettiva che nel contesto lavorativo"</i> <i>No: "[...] capire i problemi psichici e psicosomatici delle persone; in caso di situazioni particolari come ansia depressione problemi interiori; di capire le cause che scatenano questi fattori e trovare la soluzione"</i></p>

Stima degli effetti delle variabili predittive con riduzione della distorsione nella selezione

In uno studio osservazionale, se si confrontano le medie degli effetti osservati nei gruppi, sperimentale e di controllo, le differenze potrebbero essere dovute ad altri fattori, che possiamo definire *confounders*, connessi ad una distorsione nella selezione dei partecipanti. Di conseguenza, per ottenere una stima non distorta degli effetti della consultazione in copresenza sulla rappresentazione dello psicologo da parte dei partecipanti si è “controllato” l’effetto dei *confounders* attraverso una strategia di *matching*. Questo metodo consiste nell’associare ciascun partecipante del gruppo sperimentale con un partecipante del gruppo di controllo sulla base di caratteristiche osservabili, in modo da rendere simili le unità dei due gruppi. In tal senso, una parte della differenza è controllata mediante le variabili osservabili (*confounders*), riducendo in tal modo l’effetto della *selection bias*.

Nel presente lavoro sono stati considerati come potenziali *confounders* le caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti (El-Bassel *et al.*, 2005) e l’aver già consultato uno psicologo nel corso della propria vita (non in copresenza con il medico).

Al fine di simulare una randomizzazione, è stata utilizzata la tecnica del *Propensity Score Matching* (PSM), vale a dire il calcolo della probabilità che il paziente abbia scelto lo studio medico con lo psicologo in funzione delle caratteristiche sopra descritte. Questa tecnica consente di ricostruire un campione in cui le unità del gruppo “trattato” e quelle del gruppo “controllo” sono in media simili per quanto concerne le covariate dei potenziali *confounders* osservati (Austin, 2011; Dehejia, Wahba, 1999; Rosenbaum, Rubin, 1983; Shadish, Cook, 2009). Per calcolare il *propensity score* per ogni soggetto è stata utilizzata una regressione logistica della variabile predittiva (appartenenza al gruppo sperimentale o di controllo) sulla base delle covariate dei *confounders*, sia per H1 che per H2. Di conseguenza ad ogni individuo del gruppo sperimentale è stato associato un membro del gruppo di controllo con il valore di *propensity score* più simile. Il *matching* è stato effettuato senza ripetizione e, quindi, ogni soggetto è stato associato al massimo solo con un altro, e i soggetti non associati sono stati esclusi per evitare stime statisticamente non valide degli effetti (Austin, 2011).

In questo modo si sono ottenuti due campioni di numerosità diversa da quella iniziale per l’ipotesi 1 in cui la variabile predittiva è l’atteggiamento del MMG che lavora in copresenza. Dei 104 pazienti di questo gruppo solo 71 sono stati associati ai soggetti del gruppo di controllo, costituendo un campione abbinato di 142 soggetti. Analogamente, anche per l’ipotesi 2, dove la variabile predittiva è la copresenza, dei 30 soggetti del gruppo sperimentale solo 29 soggetti sono stati associati con quelli del gruppo di controllo, ottenendo un campione abbinato di 58 unità.

Per verificare il successo della procedura di *matching*, vale a dire l’assenza di differenze significative nei *confounders* del gruppo sperimentale e di quello di controllo, sono stati effettuati il test di Kolmogorov-Smirnov sul *propensity score* e la regressione logistica della variabile predittiva sulla base delle covariate dei *confounders*.

Infine, per testare le ipotesi 1 e 2, è stata effettuata una regressione logistica per ogni variabile indicativa dell'effetto in funzione della variabile predittiva, considerando gli *odds ratios* (ORs) e i relativi intervalli di confidenza (Cis) per la stima dell'effetto.

Risultati

Dal campione iniziale di 227 soggetti sono stati esclusi tredici partecipanti a causa dell'impossibilità di decodificare le loro risposte alle domande aperte. L'analisi descrittiva delle caratteristiche del campione iniziale e dei campioni dopo aver effettuato il PSM, sono riportate in tabella 2. I risultati evidenziano come il 65% del campione ritiene che l'ambito di intervento dello psicologo riguardi problemi relativi alla vita quotidiana (es. scolastici, divorzio, ecc.) e il 93% la considera una figura professionale utile in generale. Tuttavia, solo il 28% valuta lo psicologo utile per sé stesso, mentre il restante 72% lo considera inutile o, al massimo, utile per gli altri.

Tabella 2. Caratteristiche del campione iniziale e dei campioni matchati per le due ipotesi: effetto dovuto al medico (H1) o alla copresenza (H2).			
Caratteristiche	Campione iniziale	Campioni matchati	
		H1	H2
	n (%) / media (sd)	n (%) / media (sd)	n (%) / media (sd)
Pazienti	214	142	58
Femmine	145 (67,8%)	94 (66,2%)	39 (67,9%)
Età	47,2 (14,0)	46,6 (14,7)	46,7 (14,1)
Italiani	201 (93,9%)	134 (94,4%)	53 (91,4%)
Livello di istruzione (anni)	12,3 (3,1)	12,1 (3,0)	12,2 (3,1)
Operai	37 (17,3%)	21 (14,8%)	9 (15,5%)
Impiegati	60 (28,0%)	38 (26,8%)	19 (32,7%)
Imprenditori/professionisti	16 (7,5%)	11 (7,7%)	3 (5,2%)
Non occupati	101 (47,2%)	72 (50,7%)	27 (46,5%)
Hanno consultato lo psicologo	74 (34,6%)	50 (35,2%)	31 (53,4%)
Variabili dipendenti	n (%) [missing]	n (%) [missing]	n (%) [missing]
Utilità generale	198 (92,5%) [7]	133 (93,7%) [3]	50 (86,2%) [4]
Si occupa di problemi	139 (64,9%) [24]	93 (65,5%) [16]	38 (65,5%) [5]
Utilità personale	60 (28,0%) [33]	43 (30,3%) [23]	20 (34,5%) [8]

In tabella 3 sono riportati i risultati della regressione logistica per il test delle due ipotesi, che evidenziano come non sia verificata l'H1, vale a dire che la rappresentazione dello psicologo da parte del paziente non dipende dall'atteggiamento del medico, mentre viene verificata parzialmente l'H2. Infatti, non vi è una differenza statisticamente significativa nel gruppo sperimentale rispetto a quello di controllo per quanto concerne sia l'utilità generale dello psicologo che le questioni di cui si occupa. Mentre i pazienti che usufruiscono della consultazione in copresenza di MMG e psicologo presentano una probabilità quattro volte maggiore (OR = 4,3, $p < 0,05$) di considerare lo psicologo utile per se stessi rispetto a quelli che consultano il MMG da solo.

Tabella 3. Risultati del test delle ipotesi H1 e H2.					
Test H1: approccio del medico (variabile predittiva)					
Percezione dello psicologo	O.R.	95% Conf. Interval		p	n
Utilità generale	1.015	0.198	5.212	ns	139
Si occupa di problem	1.789	0.797	4.015	ns	126
Utilità personale	1.606	0.755	3.416	ns	119
Test H2: consultazione in copresenza (variabile predittiva)					
Percezione dello psicologo	O.R.	95% Conf. Interval		p	n
Utilità generale	0.852	0.112	6.534	ns	54
Si occupa di problem	2.471	0.708	8.619	ns	53
Utilità personale	4.333	1.297	14.471	0,017	50
ns = non significativo ($p > 0,05$)					

Discussione

Questa è la prima ricerca condotta entro il progetto promosso dalla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università Sapienza di Roma, in cui i medici e gli psicologi lavorano in copresenza, volta a valutare gli effetti di questo nuovo protocollo di intervento sulla percezione dello psicologo da parte dei pazienti. Nello specifico si sono testate due ipotesi in modo da poter distinguere l'effetto dovuto ad uno specifico approccio del medico (H1) da quello determinato dalla copresenza dei due professionisti (H2) specifico del progetto.

Un primo dato che emerge è la percezione positiva che tutti i pazienti hanno dello psicologo per quanto concerne la sua utilità in termini generali e per i problemi di cui si occupa, suggerendo come in Italia si stia gradualmente superando lo stigma connesso con questo professionista spesso associato alla patologia psichica. Lo psicologo è considerato in questo caso un esperto che, oltre ad occuparsi di patologie psichiche, lavora sui problemi emozionali presenti in diversi ambiti, come la famiglia, la scuola

o il lavoro, nelle diverse fasi della vita. In linea con quanto emerge dall'analisi della letteratura sul tema (Carli *et al.*, 2009; Carli, Paniccia, Salvatore, 2004), i risultati di questo studio confermano che lo psicologo è riconosciuto come un professionista che si occupa sia delle malattie mentali che del disagio emozionale, relazionale, familiare, scolastico e lavorativo che può presentarsi in distinti momenti della vita.

Tuttavia, persiste una difficoltà generale a consultare lo psicologo (Hopson, Cunningham, 1995), meno di un terzo dei partecipanti ritiene infatti che possa essere utile rivolgersi a questa figura per risolvere i propri problemi; sebbene, coloro che consultano il medico in copresenza dello psicologo abbiano una probabilità considerevolmente maggiore di poter usufruire dell'intervento dello psicologo per risolvere il proprio disagio. Tenzionalmente dunque la consultazione in copresenza sembra facilitare il superamento delle difficoltà connesse con la richiesta di un intervento dello psicologo per affrontare le proprie difficoltà. Questo effetto positivo potrebbe essere legato al fatto che i pazienti non devono richiedere una consulenza psicologica a partire dall'identificazione di una specifica causa psichica del proprio problema, poiché possono trovare una risposta globale ai propri bisogni nella consultazione in copresenza offerta dallo studio dei MMG (Solano, 2011; Solano *et al.*, 2015).

Infine, rispetto agli studi riportati in letteratura basati su un campionamento non randomizzato, la metodologia utilizzata può essere considerata più robusta. Infatti, l'uso di una procedura analitica più avanzata consente una maggiore accuratezza della stima dell'effetto della consulenza in copresenza e della percezione dello psicologo da parte del paziente.

Limiti

Lo studio presenta alcuni limiti. In primo luogo, anche se i risultati che emergono possono essere generalizzati ad altri pazienti degli studi di MMG coinvolti nel progetto, essi non sono estendibili alla popolazione generale, a causa del numero ridotto di studi coinvolti nella ricerca e dell'esiguo numero di partecipanti che hanno dichiarato di aver consultato il medico in copresenza con lo psicologo. In secondo luogo, nonostante l'uso del *propensity score matching* rappresenti un miglioramento significativo nella tecnica di valutazione, i *confounders* considerati potrebbero non essere esaustivi e questo potrebbe influire sulla validità della stima. In tal senso, gli studi futuri con più ampi campioni potrebbero considerare tra i *confounders* anche la diagnosi medica e la presenza di disturbi psicologici nel paziente.

Conclusioni

Conoscere la percezione che la popolazione generale ha della psicologia è un'informazione utile per gli psicologi, che può aiutarli ad orientare il loro operato. Non possiamo comunque ignorare che la percezione della psicologia dipenda fortemente da

come la psicologia stessa si presenta all'immaginario collettivo, dal linguaggio che sceglie di usare e da come agisce nei diversi contesti in cui opera. Solo quando la psicologia per prima si penserà come il luogo dell'accoglienza alla persona nella sua totalità, superando essa stessa l'idea di rivolgersi alla psicopatologia, definita secondo criteri e categorie, riuscirà a realizzare modelli di teoria e pratica che tenderanno a superare le scissioni, in riferimento a nuove forme di collaborazione professionale.

Il lavoro di copresenza medico e psicologo si pone dunque come l'espressione di un modello di integrazione su più fronti, uno relativo al corpo/mente del paziente, concettualizzati come livelli di espressione e non più come aspetti separati della persona, l'altro relativo all'approccio integrato alla cura, verso una prassi fortemente radicata nel modello bio-psico-sociale.

Riferimenti bibliografici

- Austin P. (2011). "An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies". *Multivariate Behavioral Research*, 46, pp. 399-424.
- Berenson R.A., Devers K.J., Burton R.A. (2011). *Will the patient-centered medical home transform the delivery of health care?*. Testo disponibile al sito: <http://www.rwjf.org/qualityequality/product.jsp?id=72660>.
- Bertin G., a cura di (2015). *Medicina specialistica e community care*. Venezia: Edizioni Ca' Foscari.
- Bertin G., Cipolla C., a cura di (2013). *Verso differenti sistemi sanitari regionali*. Venezia: Edizioni Ca' Foscari.
- Carli R., Paniccia R.M., Salvatore S. (2004). "L'immagine dello psicologo in Toscana". *Psicologia Toscana*, 10, pp. 7-100.
- Carli R., Paniccia R.M., Bucci F., Dolcetti F., Giovagnoli F. (2009). "La domanda nei confronti della psicologia e l'immagine dello psicologo nella popolazione toscana". *Psicologia Toscana*, 2, pp. 5-26.
- Clark D.M. (2011). "Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience". *International Review of Psychiatry*, 23, pp. 375-384.
- Cordella B., Greco F., Castellani A., De Nigris N. (2015). "La prospettiva biopsicosociale nella rappresentazione dei medici di medicina generale di Roma". In: Sannella A., Toniolo F., a cura di. *Le sfide della sanità italiana, tra crisi strutturali e social innovation*. Venezia: Ca' Foscari, pp. 133-152.
- Dehejia R., Wahba S. (1999). "Causal effects in nonexperimental studies: re-evaluating the evaluation of training programs". *Journal of the American Statistical Association*, 94, pp. 1053-1062.
- Derksen J. (2009). "Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience". *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, pp. 493-501.
- El-Bassel N., Gilbert L., Wu E., Go, H., Hill J. (2005). "HIV and intimate partner violence among methadonemaintained women in New York City". *Social Science & Medicine*, 61, pp. 171-183.

- Gatchel R.J., Oordt, M.S. (2003). *Clinical health psychology and primary care: practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington: American Psychological Association.
- Hopson K., Cunningham J.D. (1995). "Community and client perceptions of psychologists and other health professionals". *Australian Psychologist*, 30, pp. 213-217.
- Illich I. (2003). "Medical Nemesis". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 12, pp. 919-922.
- Kroenke K., Mangelsdorff D. (1989). "Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome". *American Journal of Medicine*, 86, pp. 262-266.
- Rosenbaum P.R., Rubin D.B. (1983). "The central role of the propensity score in observational studies for causal effects". *Biometrika*, 70, pp. 41-55.
- Shadish W.R., Cook T.D. (2009). "The renaissance of field experimentation in evaluating interventions". *Annual Review of Psychology*, 60, pp. 607-629.
- Solano L., a cura di (2011). *Dal sintomo alla persona: Medico e psicologo insieme per l'assistenza di base*. Milano: Franco Angeli.
- Solano L., Di Trani M., Ferri R., Renzi A. (2015). "Offrire risposte dove emerge la domanda: lo Psicologo di Base nell'Assistenza Sanitaria Primaria". *Ricerche di Psicologia*, 1, pp. 237-254.