



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)

CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE SOCIALI:
INTERAZIONI, COMUNICAZIONE, COSTRUZIONI CULTURALI
CICLO XXX

**LO PSICOLOGO NELLE CURE PRIMARIE:
DALL'UTENZA ALLA REALIZZAZIONE**

Coordinatore: Ch.mo Prof. Devi Sacchetto

Supervisore: Ch.mo Prof. Marco Sambin

Co-Supervisore: Ch.ma Prof.ssa Alessandra Simonelli

Dottoranda: Francesca Bianco

*Domandate,
domandate pure a tratti in cosa consiste per loro la felicità?
E state certi che Colombo fu felice non quando scoprì l'America,
ma quando viaggiava alla sua ricerca:
state certi che il momento più intenso della sua felicità
lo raggiunse forse tre giorni prima della scoperta del Nuovo Mondo,
quando l'equipaggio in rivolta per la disperazione
per poco non fece rotta indietro, alla volta dell'Europa!
Colombo morì quasi senza averlo visto il Nuovo Mondo,
morì senza sapere che cosa avesse scoperto in realtà.
Quel che importava era la vita,
solo la vita,
quel che importava era la ricerca,
incessante, eterna
e nient'affatto la scoperta!"*

F. Dostoevskij, "L'idiota", 1869.

INDICE

INTRODUZIONE	7
Capitolo primo: L'AIUTO PSICOLOGICO: UNA RICHIESTA INESPRESSA.....	12
1.1 Un bisogno di psicologia ridotto al silenzio.....	12
1.2 I giovani adulti.....	14
1.3 Il processo di ricerca di aiuto	16
<i>1.3.1 Modelli teorici sulla ricerca di aiuto: Rickwood e colleghi (2005)</i>	<i>18</i>
<i>1.3.2 Modelli teorici sulla ricerca di aiuto: Saunders (1993)</i>	<i>19</i>
<i>1.3.3 Modelli teorici sulla ricerca di aiuto: Vogel e collaboratori (2006)</i>	<i>21</i>
<i>1.3.4 Come poter intervenire in ogni fase del processo di richiesta d'aiuto</i>	<i>25</i>
1.4 Le barriere legate alla richiesta di aiuto psicologico	26
<i>1.4.1 Il ruolo di alcune variabili socio-demografiche: genere, etnia, età.....</i>	<i>27</i>
<i>1.4.2 Le altre barriere alla richiesta d'aiuto nella popolazione generale secondo Vogel (2007).....</i>	<i>31</i>
<i>1.4.3 Le barriere alla richiesta d'aiuto nei giovani adulti secondo Rickwood (2005) e Gulliver (2010)</i>	<i>38</i>
<i>1.4.4 La percezione delle figure professionali di aiuto</i>	<i>43</i>
1.5 Fattori in grado di agevolare la richiesta di aiuto.....	48
Capitolo secondo: LO PSICOLOGO NELLE CURE PRIMARIE.....	51
2.1 La psicologia di cure primarie	51
<i>2.1.1 L'European Mental Health Action Plan 2013-2020 (EMHAP)</i>	<i>54</i>
2.2 Le conseguenze economiche della malattia mentale	56
2.3 Psicologo e medico insieme: fornire risposte laddove emerge la domanda	59
2.4 I vantaggi dell'introduzione dello Psicologo nelle Cure Primarie.....	65
Capitolo terzo: LO PSICOLOGO NELLE CURE PRIMARIE IN EUROPA	68
3.1 I modelli d'intervento	68
<i>3.1.1 Il modello dell'invio.....</i>	<i>69</i>
<i>3.1.2 Il modello consultation-liason</i>	<i>70</i>
<i>3.1.3 Il modello generalista</i>	<i>71</i>
<i>3.1.4 Il modello di collaborative care</i>	<i>71</i>
<i>3.1.5 Il modello stepped-care</i>	<i>73</i>
3.2 Paesi Bassi.....	73

3.2.1 Trent'anni di pressione politica e azione scientifica: Il Primary Care Psychologist (PCP)	73
3.2.2 Accesso, intervento, modello teorico di riferimento e competenze	75
3.2.3 La formazione	79
3.2.4 L'uso dei servizi di medicina generale dopo l'intervento del PCP	81
3.3 Regno Unito	84
3.3.1 Il programma Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)	84
3.3.2 I risultati ottenuti	90
3.3.3 La fase successiva (2011-2015)	94
3.3.4 La formazione	95
3.4 Paesi Bassi e Regno Unito: un confronto conclusivo	96
3.5 Le esperienze italiane.....	98
3.5.1 Lo stato dell'arte in Italia	98
3.5.2 Interventi legislativi verso un'integrazione delle cure	101
3.5.3 L'esperienza laziale: Solano e lo "Psicologo di Base" nello studio del medico	105
3.5.4 L'esperienza lombarda: Lo psicologo in farmacia	115
3.5.5 L'esperienza emiliana: il programma Giuseppe Leggieri: dai Nuclei delle Cure primarie alle Case della Salute	120
3.5.6 L'esperienza toscana: Il progetto di Collaborative Care a Grosseto	126
3.5.7 L'esperienza trentina: il progetto A TU PER TU-Psicologo di Base.....	132
3.5.8 L'esperienza piemontese.....	136
3.5.9 Discussione	148
 Capitolo quarto: L'ATTEGGIAMENTO NEI CONFRONTI DELLA RICHIESTA DI AIUTO PSICOLOGICO: UNO STUDIO SUI FATTORI D'INFLUENZA.	 153
4.1 Introduzione	153
4.1.1 Stigma pubblico, self-stigma e stigma degli altri significativi	157
4.1.2 La competenza emotiva	162
4.1.3 Attaccamento e ricerca di aiuto psicologico	165
4.1.4 Regolazione emotiva e aiuto psicologico: il potenziale ruolo di reappraisal e suppression	176
4.1.5 Alessitimia e ricerca di aiuto psicologico	181
4.1.6 Obiettivi	184
4.2 Metodo.....	187
4.2.1 Partecipanti	187
4.2.2 Strumenti	187

4.2.3. <i>Procedura</i>	192
4.3 Metodo di analisi dei dati	193
4.4 Risultati	193
4.4.1 <i>Statistiche descrittive</i>	193
4.4.2 <i>Correlazioni</i>	195
4.4.3 <i>Regressioni</i>	200
4.4.3 <i>Modelli di equazioni strutturali</i>	204
4.5 Discussione.....	210
 Capitolo quinto: PERCEZIONE DELLO PSICOLOGO NELLE CURE PRIMARIE E DI ALTRE FIGURE DI AIUTO NEI GIOVANI ADULTI: UNO STUDIO ATTRAVERSO IL MODELLO DEL CONTENUTO DEGLI STEREOTIPI.....	
5.1 Introduzione	226
5.1.1 <i>Il sacerdote come figura di aiuto</i>	227
5.1.2 <i>Il Modello del Contenuto degli Stereotipi (SCM)</i>	229
5.1.3 <i>Obiettivi</i>	234
5.2 Metodo.....	236
5.2.1 <i>Partecipanti</i>	236
5.2.2 <i>Strumenti</i>	236
5.2.3 <i>Procedura</i>	238
5.3 Metodo di analisi dei dati	239
5.3.1 <i>Questionario in presenza</i>	239
5.3.2 <i>Questionario SCM</i>	239
5.4 Risultati.....	241
5.4.1 <i>Questionario in presenza</i>	241
5.4.2 <i>SCM: percezione di competenza e calore</i>	252
5.4.3 <i>SCM: le emozioni</i>	258
5.5 Discussione.....	271
 Capitolo sesto: LA SPERIMENTAZIONE VENETA DELLO PSICOLOGO DI BASE	
6.1 Introduzione	282
6.1.1 <i>Descrizione del servizio</i>	284
6.2 Metodo.....	286
6.2.1 <i>Procedura e strumenti</i>	286
6.2.2 <i>Partecipanti</i>	289
6.3 Metodo di analisi dei dati	290

6.4 Risultati	290
6.4.1 <i>Il punto di vista del Medico di Medicina Generale (MMG): problema presentato e alternative all'invio</i>	290
6.4.2 <i>Il punto di vista dello Psicologo: problema presentato, intervento e indicazioni di esito</i>	291
6.4.3 <i>L'efficacia della sperimentazione: il benessere psicologico dei pazienti</i>	292
6.4.4 <i>Resoconto qualitativo dell'esperienza: il punto di vista del personale coinvolto</i>	294
6.5 Discussione.....	305
CONCLUSIONI	311
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	330
APPENDICE A.....	374
APPENDICE B.....	394
APPENDICE C.....	405
RINGRAZIAMENTI	424

INTRODUZIONE

Questo lavoro di tesi ha come oggetto di studio la figura dello Psicologo di base o di Cure Primarie (PCP), ovvero l'inserimento della professione psicologica all'interno dello studio del medico di base in un contesto di cure primarie, primo contatto che individui e famiglie hanno con il Sistema Sanitario Nazionale. Ho approfondito questo tema inquadrando il fenomeno da più punti di vista, considerando il contesto in cui questa figura si potrebbe inserire: come si evince dal titolo, questa tesi ambisce a comprendere come la figura psicologica potrebbe inserirsi nel territorio, analizzando dapprima i bisogni della popolazione, ovvero la possibile utenza, e presentando infine un esempio d'implementazione, attraverso la descrizione della prima sperimentazione veneta dello psicologo di base.

L'introduzione del ruolo psicologico nel contesto di medicina generale nasce da alcune importanti consapevolezze: innanzitutto, i disturbi psicologici, in tutte le loro manifestazioni, sono una delle forme di sofferenza più diffusa nella popolazione mondiale e, secondo stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in costante aumento (WHO, 2001; Prince et al., 2007; Saxen et al., 2007; Thornicroft, 2007). Tuttavia, la letteratura evidenzia uno scarto tra il dilagare della sofferenza psicologica e l'effettiva richiesta avanzata ai professionisti della salute mentale (Bosio, 2004; Bosio 2011; Bosio & Lozza, 2013). I dati mostrano che il 9,6% della popolazione europea sviluppa nel corso di un anno una forma di disturbo mentale e se in Europa il 25,7% delle persone con disturbo mentale accede alle consultazioni di tipo psicologico (Alonso et al., 2004), in Italia questa percentuale scende al 5,5%, come riporta uno studio dell'Ordine degli Psicologi (incluse le situazioni non cliniche, come quelle di orientamento, selezione, formazione ecc.) (Ponzio, 2008).

Il confronto tra queste percentuali evidenzia, specie per il nostro Paese, un potenziale bisogno di consultazioni che non trova espressione nella realtà clinica odierna (Molinari et al., 2014). Si può dire che esista un bisogno di assistenza psicologica, ma non altrettanto una elevata richiesta di psicologi (Bosio, 2004, 2011; Bosio & Lozza, 2013). Come afferma anche l'European Mental Health Action Plan (EMHAP 2013-2020) c'è ancora un grande divario tra il bisogno e l'offerta di cure. La psicologia, quindi, sembra ancora vivere una difficile posizione sociale. In Italia in particolare, infatti, l'accesso a uno psicologo appare problematico per la sua scarsa presenza a livello pubblico, che fa sì che

l'intervento psicologico sia disponibile solo per fasce specifiche di disagio (servizi per le tossicodipendenze, centri di salute mentale, servizi di tutela per i minori, etc.), per il disagio psichico molto grave, o per sintomi di disadattamento reattivo a situazioni complesse (lutti, malattie, etc.), ma anche a causa del perdurante pregiudizio sociale nei confronti degli operatori nel campo della salute mentale.

I dati mostrano che nella popolazione generale vi è un ritardo medio di 10,5 anni tra l'insorgenza della sofferenza psicologica e l'effettiva richiesta d'aiuto (Kessler et al., 2005; Elliott et al., 2015) e che il punto più critico sembra essere, oltre alla consapevolezza di avere un problema, anche la credenza che la psicoterapia non possa essere un valido strumento di aiuto (Elliott et al., 2015). Questi dati sembrano essere ancor più problematici per una fascia di età particolarmente delicata, poiché fondamentale per la costruzione dell'identità dell'individuo, ovvero quella del giovane adulto: la maggior parte dei disturbi, infatti, si manifesta per la prima volta intorno ai 24 anni (OMS, 2008; Kessler et al., 2005) e, simultaneamente, gli atteggiamenti negativi nei confronti della richiesta di aiuto psicologico risultano essere più elevati tra i giovani adulti di età compresa tra i 15 ei 25 anni (Mackenzie et al., 2014), aspetto che impatta fortemente sull'effettivo contatto con lo psicologo. Alla luce delle evidenze indicate dalla letteratura, per cui la prima età adulta è l'età in cui si è maggiormente a rischio di sviluppo di problematiche psicologiche, e in cui l'atteggiamento verso la richiesta d'aiuto è più negativo, ho scelto i giovani adulti come target principale di tutto il lavoro di tesi.

La letteratura evidenzia che le barriere che ostacolano il contatto lo psicologo sono: aspetti culturali, aspetti di natura etnica, motivazioni legate allo stigma sociale e all'immagine pubblica che le persone vogliono mantenere (Aromaa et al., 2011; Kim et al., 2010; Lilienfeld, 2012, Corrigan, 2004), aspetti pratici o economici (Mihalopoulos et al., 2011), la paura delle emozioni (Komiya et al., 2000), l'apertura agli altri (Hinson & Swanson, 1993; Vogel & Wester, 2003). Per quanto riguarda nello specifico i giovani adulti, target della tesi, le barriere identificate includono: il timore legato allo stigma e l'imbarazzo; una scarsa competenza emotiva, l'attenzione alla confidenzialità, la sfiducia nei confronti delle fonti di aiuto; la difficoltà nel riconoscimento dei sintomi; il desiderio fare affidamento solo su di sé (Gulliver et al., 2010), una bassa conoscenza di idonei servizi e scetticismo nei confronti dell'efficacia dei trattamenti psicologici (Eisenberg et al., 2009).

Le ricerche ci dimostrano, infine, che la maggior parte delle persone, in fase iniziale, chiede aiuto al proprio medico di famiglia, e che almeno il 50% di tali richieste (Balint,

1975; Magill & Garret, 1988) esprime un disagio psicologico-relazionale. Tale dato emerge anche da evidenze più recenti relative a diversi Paesi (Andrews et al., 2001; Chomienne, 2010; Derksen, 2009; Goodrich, 2013). Il Medico di Medicina Generale (MMG), però, spesso non ha il tempo né la formazione adatta per rispondere a questo tipo di richieste: non sempre è in grado di soddisfare la domanda complessa del paziente e può affrontare il suo problema sul piano biologico, tramite la prescrizione di analisi e la somministrazione di farmaci. Questo si traduce inevitabilmente in un'assistenza inadeguata e in un aumento della spesa sanitaria.

Lo psicologo allora è considerato come un'ultima spiaggia e viene consultato solo quando le altre soluzioni sono fallite, quindi in fasi del disagio drammaticamente tardive, con il rischio che i sintomi e disturbi si siano aggravati e talvolta cronicizzati (Solano, 2013).

Una delle domande di ricerca che guida questo lavoro di tesi è capire se l'ampliamento delle possibilità professionali dello psicologo potrebbe permettere di bypassare i principali ostacoli alla richiesta di aiuto: la figura psicologica potrebbe passare, infatti, attraverso nuove metodiche e nuovi contesti in grado di intercettare le situazioni di sofferenza psicologica che, ad oggi, risultano prive di un supporto professionale, pur potendone trarre potenzialmente beneficio (Parish, 2011). Nel tempo è, infatti, diventata evidente la necessità di costituire un nuovo ruolo professionale per lo psicologo, in un contesto diverso rispetto allo studio di consultazione classico, cioè in una situazione in cui l'ascolto psicologico appaia chiaramente come una risorsa prevista per tutti e non per una categoria particolare di persone, ovvero l'ambito delle Cure Primarie, che sono il primo contatto che individui e famiglie hanno con il Servizio Sanitario Nazionale e costituiscono l'intervento di cura più vicino e accessibile per il cittadino (Liuzzi, 2016). La figura professionale dello Psicologo di Cure Primarie (PCP), è già attiva in diversi Paesi, ma non ancora in Italia, ed opera nel territorio in sinergia con il MMG, rappresentando un'importante e significativa innovazione culturale e strategica per la reale applicazione del concetto di salute, in linea con il modello biopsicosociale di Engel (1977) il cui assunto fondamentale è che *“ogni condizione di salute e malattia è la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali”*, con le linee guida dell'OMS (*“Non c'è salute senza salute mentale”*) e dell'American Psychological Association (APA) che delibera che *“la psicoterapia è efficace e altamente cost-effective e dovrebbe quindi essere inclusa nel Sistema Sanitario Nazionale come una consolidata pratica evidence-based”*.

Alla luce delle evidenze esposte sono nati i principali obiettivi di ricerca del presente lavoro: da un lato comprendere i principali vissuti che influenzano l'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico, replicando alcuni dei risultati emersi in letteratura e ampliandola attraverso un nuovo modello che analizza i giovani adulti del territorio veneto, e, allo stesso tempo, indagare come la figura dello psicologo viene percepita. Dall'altro lato, si vuole tentare di capire se l'inserimento dello psicologo nelle cure primarie potrebbe essere una soluzione rispetto alle principali barriere alla richiesta d'aiuto psicologico.

Il lavoro che sarà illustrato si suddivide in sei capitoli, tre teorici e tre empirici. Nel *primo capitolo* sarà presentata una panoramica dello stato attuale della letteratura inerente la richiesta di aiuto psicologico, ai vari step che la caratterizzano nei modelli teorici che descrivono tale processo e ai fattori che possono ostacolarla. Da questo inquadramento teorico emergono due variabili meritevoli di attenzione nei giovani adulti: lo stigma nei confronti della richiesta d'aiuto e la competenza emotiva. Il *secondo capitolo* approfondisce il concetto di cure primarie e delinea come lo psicologo potrebbe inserirsi in questo ambito. Il *terzo capitolo* procede in questo senso presentando le principali sperimentazioni di psicologia di cure primarie, analizzando le due principali esperienze europee per poi focalizzarsi sul territorio italiano. Il *quarto capitolo* prende in esame le due variabili citate in letteratura come le barriere più significative alla richiesta di aiuto psicologico nei giovani adulti, ovvero lo stigma associato a tale richiesta (Sibicky & Dovidio, 1986; Stefl & Prosperi, 1985) e la competenza emotiva (Rickwood, 2005), in termini di regolazione dell'espressione emotiva e di capacità di rappresentare le proprie emozioni, con l'obiettivo di esplorare il loro ruolo reciproco sull'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico professionale, che a sua volta impatta sull'effettiva richiesta, tentando di arrivare ad un modello che espliciti le relazioni tra tutti questi fattori analizzati nel loro insieme.

Ogni capitolo empirico, inoltre, approfondisce una delle fasi del processo di richiesta di aiuto descritto nel primo capitolo. Nel quarto capitolo sarà quindi indagata la fase in cui la persona percepisce dentro di sé il disagio psicologico e ne interpreta il significato e inizia a decidere se tale bisogno è tale da richiedere un aiuto professionale, analizzandone anche costi e benefici, nei termini di ricadute a livello di stigma sociale. Il *quinto capitolo* analizza la percezione che i giovani adulti hanno dello psicologo e di altre figure professionali, tra cui è inserito anche lo psicologo nelle cure primarie. Pensando al

processo di richiesta d'aiuto questo studio si inserirebbe nel momento in cui la persona deve scegliere a chi richiedere un aiuto. Il *sesto capitolo*, infine, racconta un esempio di una possibile realizzazione dell'implementazione di questa nuova figura professionale, attraverso la descrizione e la valutazione di efficacia della sperimentazione veneta dello psicologo nelle cure primarie. Tutte le ricerche presentate sono state approvate dal comitato etico dell'Università di Padova.

Capitolo primo: L'AIUTO PSICOLOGICO: UNA RICHIESTA INESPRESSA

*“Lieve è il dolore che parla.
Il grande dolore è muto.”*

Seneca

1.1 Un bisogno di psicologia ridotto al silenzio

La salute mentale è un aspetto fondamentale della salute complessiva delle persone. La frase pronunciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità *“no health without mental health”* (WHO, 2005) risuona come un appello che invita a prestare attenzione alla salute mentale tanto quanto a quella fisica.

Lo diceva già Platone: *“Si fa questo sbaglio tra gli uomini che taluni cercano d'essere medici dell'uno o dell'altra cosa separatamente, o della saggezza o della salute”* (Platone, Platone, Carmide, 157B). Gli antichi romani parlavano di *“mens sana in corpore sano”* sottolineando quindi la visione olistica dell'essere in salute.

La salute è, infatti, da intendersi come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale" (WHO, 1946). Oggi sembra essersi persa questa complessità dell'individuo e quando si parla di salute ci si focalizza prevalentemente sui sintomi fisici facilmente rilevabili trascurando il versante psicologico. Un approccio di questo tipo non tiene conto di tutti quegli aspetti di cui l'individuo è parte. Pensare ad una separazione tra medicina e psicologia è ingiusto e controproducente per il benessere dell'individuo. Infatti bisognerebbe trovare un modello che vada ad integrare queste due discipline per permettere all'uomo di essere nel mondo come individuo, indiviso e indivisibile (Fondazione Istud, 2012).

Medicina e psicologia sono due discipline da sempre sovrapposte. È idea comune, ad esempio, che la nascita della medicina contemporanea sia avvenuta nella Grecia di Ippocrate (V secolo a.C.): Ippocrate, fondatore dei concetti di diagnosi e prognosi, credeva che solo la considerazione dello stile di vita del malato avrebbe permesso di comprendere e sconfiggere la malattia da cui era affetto. La necessità di una considerazione globale della persona era evidente nella ricchezza degli elementi che Ippocrate chiamava in causa (dietetici, atmosferici, psicologici, perfino sociali), che suggerisce un'ampiezza di vedute

che raramente sarà in seguito praticata. Ippocrate nella "teoria umorale", espressa nel *De Natura hominis* del suo discepolo Polibo, afferma che il nostro corpo sarebbe governato da quattro umori: (sangue, bile gialla, bile nera, flegma), i quali, se in equilibrio, condurrebbero alla salute (*crasi*) e alla malattia nel caso opposto. La salute è quindi il delicato equilibrio di diversi elementi: è interessante notare come ad un malessere fisico sia associato uno stato d'animo (emotività-caldo, collera-secchezza, malinconia-umido, apatia-freddo) e come uno squilibrio in un organo provochi un effetto a livello sia di soma che di psiche. Si dice inoltre che lo zio di Ippocrate svolgesse un'attività psicologica e che si rivolgesse a lui quando si trovava a trattare pazienti complessi. Allora anche in medicina di base e in psicologia va cambiato l'approccio recuperando le vecchie consapevolezze: forse non si può più pensare a uno psicologo che lavora sulla mente separata dal corpo a un medico che lavora sul corpo separato dalla mente, ma ad un quadro più complesso dove il ruolo psicologico è fondamentale.

I disturbi psicologici, in tutte le loro manifestazioni, infatti, sono una delle forme di sofferenza più diffusa nella popolazione mondiale e, secondo stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in costante aumento (WHO, 2001; Prince et al., 2007; Saxena et al., 2007; Thornicroft, 2007).

All'incirca il 9,6% della popolazione europea sviluppa, nel corso di un anno, una forma di disturbo mentale e circa una persona su quattro ha avuto (o avrà) esperienza nella propria vita di disturbi di tipo psicologico (Alonso et al., 2004a). Dati allarmanti sono riportati anche da una recente *review* da cui emerge che in Europa e negli Stati Uniti il 52 e il 74% della popolazione con un disturbo psicologico, non riceve alcun tipo trattamento (Clement et al., 2014). Nell'Unione Europea la percentuale delle persone con un disturbo mentale che nel corso della loro vita hanno richiesto una consultazione medica o psicologica si aggira intorno a 25,7% (Alonso et al., 2004b). In Italia la percentuale di coloro che hanno richiesto una consultazione psicologica scende al 3-5,5% (Lega & Gigantesco, 2008; Miglioretti & Romano, 2008). L'Italia è infatti il paese nel quale si registra la minore probabilità che una persona utilizzi dei servizi per la salute mentale (Alonso et al., 2004b). Il confronto tra queste percentuali evidenzia, specie per il nostro Paese, un potenziale bisogno di consultazioni che non trova espressione nella realtà clinica odierna.

A fronte di domande psicologiche che potrebbero essere soddisfatte mediante l'incontro con uno psicologo e la relazione di aiuto che ne consegue, solo una piccola percentuale di

persone si rivolge a dei professionisti della salute mentale (Bosio, 2004; Bosio 2011; Bosio & Lozza, 2013).

I dati mostrano che nella popolazione generale vi è un ritardo medio di ben 10,5 anni tra l'insorgenza della problematica psicologica e l'effettiva richiesta d'aiuto (Kessler et al., 2005; Elliott et al., 2015) e che il punto più critico sembra essere, oltre alla consapevolezza di avere un problema, anche la credenza che la psicoterapia possa non essere un valido strumento di aiuto (Elliott et al., 2015).

Tra i vari ostacoli alla richiesta d'aiuto psicologico, che analizzerò più nello specifico nei paragrafi seguenti, la letteratura riporta tra l'importanza dell'età (Vogel et al., 2007b).

La fascia più anziana (sopra i 65 anni) e la fascia più giovane (tra i 15 e i 24 anni) della popolazione presentano un'attitudine maggiormente negativa nei confronti della richiesta di aiuto psicologico (Cauce et al., 2002; Gulliver et al., 2010; Gonzalez et al., 2005; Berger et al., 2005; Jagdeo et al., 2009). Gli anziani tendono maggiormente a rivolgersi ai medici, in linea con la diffusa credenza che questa età sia contrassegnata prevalentemente da problematiche riguardanti la salute fisica (Leaf et al., 1987), inoltre sembra esserci una maggiore sensibilità di questa fascia sociale allo stigma associato alla malattia mentale (Estes, 1995; Lebowitz & Niederehe, 1992; Allen et al., 1998). Le peculiarità relative ai giovani adulti, target della tesi, sono approfondite nel paragrafo seguente.

1.2 I giovani adulti

1.2.1 Epidemiologia

Studi epidemiologici riportano che il minor contatto con i clinici si osserva tra i 18 e i 24 anni (European Study of Epidemiology of Mental Disorders; ESEMED, 2001-2003), ovvero in una delle fasi evolutive più delicate, quella in cui si manifestano per la prima volta la maggior parte dei disturbi mentali (Solano, 2001; OMS, 2004; Kessler et al., 2005). Anche gli atteggiamenti negativi nei confronti della richiesta di aiuto psicologico risultano significativamente più elevati tra i giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 24 anni (Mackenzie et al., 2014; Jagdeo et al., 2009; Gonzalez et al., 2005).

Paradossalmente il picco d'incidenza di molte patologie (abuso di sostanze, depressione, ansia, psicosi e disturbi alimentari) si verifica proprio in corrispondenza dell'adolescenza e della prima età adulta, con un picco dell'incidenza tra i 12 e i 26 anni (Commonwealth Department of Health and Aged Care & AIHW, 1999; EPPIC, 1997). Per esempio negli

Stati Uniti l'età media di insorgenza dei disturbi d'ansia viene riportata attorno agli 11 anni, dei disturbi dell'umore intorno ai 30 anni e dei disturbi legati all'abuso di sostanze intorno ai 20 anni (Kessler et al., 2005) e questi dati sono stati confermati anche in campioni di differente nazionalità (Kessler et al., 2007).

Tuttavia si è visto come generalmente debbano trascorrere diversi anni prima che venga intrapreso un trattamento (Kessler et al., 2007). Le indagini condotte hanno uniformemente mostrato come molte persone aspettino più di un decennio a partire dalla prima manifestazione del disturbo mentale prima di richiedere un trattamento (Christiana et al., 2000) e come un intervento precoce sui disturbi di prima insorgenza corrisponderebbe spesso ad un trattamento in infanzia o adolescenza, ma solo il 18-34% di coloro che nel corso di questi anni sperimentano alti livelli di ansia o depressione arriva a chiedere aiuto ad un professionista della salute mentale (Gulliver et al., 2010).

I problemi di salute mentale nella prima età adulta sono associati a difficoltà nel mondo accademico, lavorativo e nelle relazioni sociali (Breslau et al., 2008). Un disagio psicologico più o meno grave in adolescenza o nella prima età adulta può avere un impatto considerevole e a lungo termine sulla vita di una persona: la compromissione del rendimento scolastico e professionale potrebbe diminuire il futuro ventaglio di opportunità dell'individuo. Inoltre un disturbo psicologico potrebbe ostacolare l'assunzione stessa del ruolo di adulto quanto la costruzione dell'identità (Kessler et al., 1995; Raphael, 1986).

1.2.2 Il processo di separazione-individuazione

La transizione all'età adulta rappresenta un periodo di vita critico in quanto racchiude al suo interno una serie di tappe di sviluppo e compiti evolutivi che possono avere un forte impatto sulla salute mentale e il benessere dei giovani e avere delle ripercussioni a lungo termine nelle successive fasi di vita (Scabini & Iafrate, 2003; Rickwood et al., 2005). In particolare il giovane deve separarsi progressivamente dai propri genitori (fase di separazione), cercando di stabilire una propria identità indipendente (fase di individuazione), oppure per dirla alla Berger & Luckman (1969) si passa dalla socializzazione primaria alla socializzazione secondaria; deve prendere delle decisioni scolastiche e professionali; costruire delle relazioni intime e dei legami all'interno del proprio gruppo dei pari (Rickwood et al., 2005; Scabini & Iafrate, 2003).

Il passaggio alla condizione adulta si configura come una duplice transizione: dapprima si verifica una sorta di fase preparatoria dall'adolescenza alla giovinezza; dopodiché si

assiste al passaggio vero e proprio, dalla giovinezza all'età adulta. La piena assunzione di un ruolo da adulto prevede quindi che il giovane passi da una posizione sociale piuttosto marginale, tipica dell'adolescente, ad una posizione all'interno della società che sia ben riconosciuta (Scabini & Iafrate, 2003). Il tutto avviene gradualmente lungo l'arco di una fase che ormai dura quasi più di dieci anni: in particolare Scabini e Iafrate (2003) indicano un periodo che va dai 20 ai 30 anni.

La transizione coinvolge chiaramente tutta la famiglia che è chiamata a supportare il giovane adulto nell'approdare ad una nuova condizione di vita, anche se spesso le famiglie mettono in atto dei movimenti che impediscono il distacco: i genitori da un lato sembrano avere un bisogno fondamentale ovvero quello di *“porsi come risorse irrinunciabili”* (Scabini & Iafrate, 2003, p. 153) e questa necessità collude dall'altro con il sogno dei figli, ovvero quello di rimanere sempre giovani: infatti, i figli possono procrastinare l'assunzione di una piena responsabilità adulta in modo tale da poter disporre di una sorta di periodo di prova che gli consente di intraprendere strade diverse e tenere aperte varie alternative, tra cui quella di rimanere nel luogo sicuro della famiglia, ritardando nel compiere delle scelte che siano definitive. Il processo di emancipazione è graduale e qualora in questa fase si sviluppi un sintomo psicologico, si può arrivare a un vero e proprio blocco evolutivo e dell'identità.

L'adolescenza e la giovane età adulta sono anche gli anni in cui la persona si assume delle responsabilità verso il proprio benessere, imparando a monitorarsi e ad intraprendere delle azioni coerenti con il proprio stato di salute.

Questi aspetti rendono la prima giovinezza un momento del ciclo evolutivo complesso, denso di cambiamenti e, pertanto, caratterizzato da aspetti peculiari. Anche i fattori d'influenza alla richiesta di aiuto ad un professionista della salute mentale sono specifici di questa fase di sviluppo e saranno trattati in maniera esaustiva nel paragrafo 1.4.3.

Vediamo però innanzitutto cosa s'intende per ricerca di aiuto psicologico.

1.3 Il processo di ricerca di aiuto

Per ricerca di aiuto s'intende un comportamento attivo finalizzato a cercare il supporto di altre persone come risposta ad un problema o ad un'esperienza dolorosa. Può quindi essere considerata una strategia di coping, fondamentalmente basata sulle relazioni sociali. Pertanto per poterla implementare è necessario che la persona abbia sviluppato una

serie di abilità interpersonali: l'individuo che si trova in una situazione di difficoltà o sofferenza deve saper comunicare agli altri per ricevere consigli, informazioni o supporto generico (Rickwood et al., 2005).

Le fonti di aiuto possono avere diversi gradi di formalità: ad esempio gli amici e i familiari rappresentano delle risorse informali. I professionisti della salute mentale, invece, hanno delle competenze, una formazione specifica oltre che un ruolo professionale riconosciuto e pertanto rappresentano una fonte di aiuto con un elevato livello di formalità (Rickwood et al., 2005).

Il 92% delle persone che chiedono un aiuto psicologico, in una fase preliminare, parla delle proprie difficoltà almeno ad una persona (Cameron et al., 1993). I servizi di salute mentale solitamente non rappresentano la prima scelta degli individui (Hinson & Swanson, 1993; Lin, 2002), ma subentrano successivamente, dopo aver chiesto aiuto altrove (Wills, 1992). L'incontro con un professionista potrebbe rappresentare l'ultima scelta dopo una serie di tentativi alternativi all'aiuto professionale, quali ad esempio familiari ed amici, risultati fallimentari (Vogel et al., 2006b). Degno di nota è il crescente utilizzo di strumenti che consentono di rispondere all'esigenza di chiedere aiuto senza che sia necessario l'incontro con altre persone ed è il caso dell'utilizzo di internet (Rickwood et al., 2005), piuttosto che dei libri *self help* (Yap et al., 2011) mediante i quali *“non si offrono solo strategie per sbarazzarsi degli altri, si insegna pure a fare a meno dello psicologo [...] diventando così self-terapeuti”* (Zamperini, 2010, pp. 19-20).

I comportamenti improntati alla ricerca di aiuto hanno un impatto positivo sulla vita delle persone (Lee, 1999): la capacità di essere consapevoli di un problema e di conseguenza adoperarsi per risolverlo o per gestire le emozioni che suscita, rappresenta una strategia maggiormente adattiva rispetto a negare, evitare o reprimere pensieri ed emozioni (Rickwood et al., 2005). In linea con queste teorie che concettualizzano la richiesta di aiuto come una strategia adattiva, quindi, è positivo che una persona comunichi il proprio disagio a prescindere dalla tipologia di aiuto (Rickwood et al., 2005). Tuttavia è noto che l'intervento offerto da una fonte più formale, quale potrebbe essere quello realizzato da un professionista, mette al riparo da diversi rischi insiti nella malattia mentale (Martin, 2002). Nel corso degli anni sono stati applicati al settore della salute mentale diversi modelli sui comportamenti legati alla salute e tutti sono concordi nel suggerire che la richiesta d'aiuto è un processo composto da più fasi, che partendo dal riconoscimento del problema terminano in un contatto diretto con il sistema di salute mentale (Saunders, 1993).

Tuttavia, è stato riconosciuto da alcuni autori che i modelli che sono stati proposti fino ad oggi hanno perlopiù un carattere descrittivo e un focus macro analitico in grado di indagare in prevalenza l'incidenza dei fattori socio-economici sull'accesso ai servizi (Pescosolido & Boyer, 1999). Questo settore ha perciò sofferto della limitazione di non avere alla base un modello teorico esplicativo consolidato e condiviso (Rickwood et al., 2005) che attraverso un focus micro-analitico consentisse di analizzare anche i fattori psicologici e individuali che possono facilitare o inibire il processo di richiesta di aiuto. Nei paragrafi successivi saranno esposti alcuni dei principali modelli che sono stati proposti in letteratura.

1.3.1 Modelli teorici sulla ricerca di aiuto: Rickwood e colleghi (2005)

Alcuni autori, tra cui Rickwood e colleghi (2005) ritengono che la maggior parte dei contributi teorici sulla ricerca di aiuto osservino il fenomeno a partire da un punto di vista macro-analitico che considera prevalentemente aspetti sociali ed economici. Sembra quindi mancare una teoria di riferimento che unifichi i diversi contributi in materia, così come un'analisi del fenomeno in termini individuali e psicologici. Il modello di Rickwood e colleghi (2005) concettualizza la richiesta di aiuto come una “transazione sociale” che crea un ponte tra il dominio personale e quello interpersonale.

Secondo gli autori la richiesta di aiuto rappresenta un processo che fa sì che i pensieri e i sentimenti che caratterizzano il mondo interno dell'individuo entrino progressivamente a far parte del dominio interpersonale delle relazioni sociali (Rickwood et al., 2005).

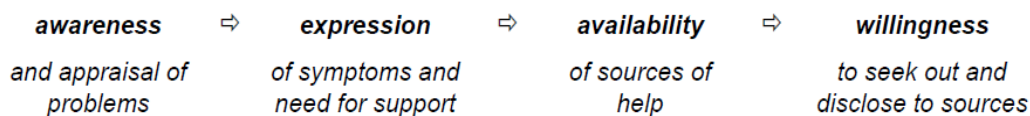
Il soggetto, ricorrendo in modo attivo a fonti formali o informali di aiuto per risolvere un problema personale, crea un nesso tra questi due macro domini. Per questo motivo nell'analisi teorica risulta importante non solo prendere in considerazione le variabili che incidono su entrambe queste sfere separatamente, ma indagare in particolare i fattori ascrivibili alla loro interazione.

Il processo di ricerca di aiuto processo si concretizza quindi in una serie di tappe.

Nella prima fase il soggetto riconosce i propri sintomi e comprende di avere un problema che può richiedere un intervento. In seguito deve essere in grado di articolare ed esprimere a parole il problema in un modo che permetta ai propri interlocutori di comprenderlo e che al contempo lo faccia sentire a proprio agio. A questo punto per proseguire dovrà verificare che le fonti di aiuto siano effettivamente disponibili ed infine dovrà mostrarsi

disposto e capace di esternare il proprio stato interiore alla fonte di aiuto prescelta (Vedi *Figura 1.1*).

Figura 1.1: Modello relativo al processo di ricerca di aiuto (Rickwood et al., 2005)



Possono intervenire diversi fattori in ciascuna fase del processo sopra descritto in grado di bloccare il passaggio dall'intenzione all'attivazione concreta delle persone mirata alla richiesta di aiuto: il bisogno può non essere riconosciuto; se riconosciuto può non sfociare nella decisione e intenzione a richiedere aiuto; e infine l'intenzione non sempre porta ad intraprendere un comportamento attivo (Rickwood et al., 2005).

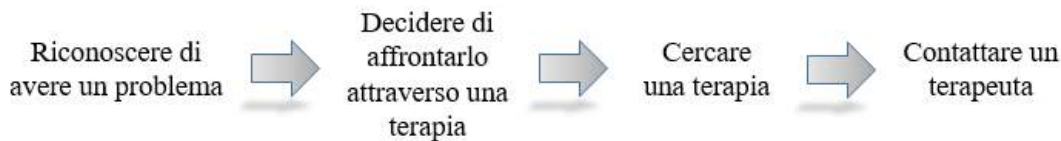
Il modello di Rickwood e colleghi riguarda la richiesta di aiuto indipendentemente dalla tipologia della fonte, mentre altri autori hanno sviluppato dei modelli maggiormente riferibili alla richiesta di aiuto psicologico professionale. Gulliver, Griffiths e Christensen (2010), per esempio, descrivono un processo che parte dal riconoscimento del problema e della necessità di dover ricorrere all'aiuto di qualcuno, prosegue con l'identificazione delle fonti di aiuto più consone e termina con l'effettiva disponibilità della persona a chiedere aiuto e aprirsi ad un estraneo.

Anche altri autori come Saunders (1993) e Vogel e colleghi (2006b) hanno descritto la ricerca di aiuto come un processo che prevede più step.

1.3.2 Modelli teorici sulla ricerca di aiuto: Saunders (1993)

Saunders (1993), partendo da un ampio excursus della letteratura sul tema, arriva a proporre un modello articolato in 4 fasi consecutive: riconoscere di avere un problema; decidere che la terapia possa essere un modo appropriato per risolvere il problema; decidere di cercare un terapeuta e infine entrare in contatto con un professionista all'interno del sistema di salute mentale (Vedi *Figura 1.2*)

Figura 1.2: Modello relativo al processo di ricerca di aiuto di Saunders (1993)



All'interno di questo modello l'autore si è occupato di indagare il tempo richiesto da ciascun cliente per affrontare ciascuna delle quattro fasi così come la difficoltà riscontrata nel raggiungere e superare ogni step.

Secondo i risultati ottenuti, il primo step del processo, il riconoscimento del problema, rappresenta quello più difficile da intraprendere, mentre il secondo, ritenere che una psicoterapia possa aiutare a risolverlo, per molte persone può richiedere diverso tempo prima di essere implementato: più del 75% del campione studiato dal collega ha riportato di aver avuto bisogno di diversi mesi dal momento del riconoscimento del problema prima di arrivare a scegliere di iniziare una terapia.

In seguito, per la maggior parte delle persone i restanti due step risultano relativamente semplici e realizzabili in breve tempo, con un intervallo medio di un mese tra la seconda e la terza fase a cui segue una richiesta di colloquio immediata o a distanza di una settimana. Questo modello ha fornito molti spunti interessanti in merito al processo di richiesta di aiuto ed è stato recentemente replicato, ad oltre dieci anni di distanza, da Elliot e collaboratori (2015), i quali, come già accennato in precedenza, hanno riscontrato che la maggior parte delle persone coinvolte nella ricerca, al momento della richiesta di aiuto conviveva con il problema e con lo stress da esso arrecato da diversi anni, in media 10 anni e mezzo e che una volta compreso di avere un problema impiegava in media più di un anno prima di realizzare che un percorso di terapia potesse essere la scelta più utile da intraprendere.

I risultati di questo studio forniscono un'ulteriore conferma del fatto che il primo step, ovvero raggiungere la consapevolezza di avere un problema, richiede significativamente più tempo rispetto a quelli successivi e che il fatto di contattare un terapeuta, ultimo step del processo di richiesta di aiuto, rappresenta il passaggio più semplice.

1.3.3 Modelli teorici sulla ricerca di aiuto: Vogel e collaboratori (2006)

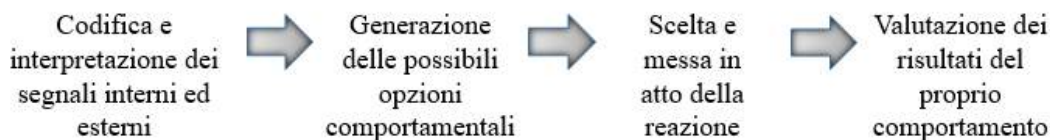
Per questo lavoro di tesi è di grande importanza l'Information-Processing Model di Vogel, Wester, Larson e Wade (2006).

Gli autori di questo lavoro partono dalla seguente domanda: *"Come è possibile che le persone siano in grado di dare un senso del loro mondo, elaborino le informazioni, pensino logicamente, e facciano progetti e agiscano di conseguenza?"* (Heppner & Krauskopf, 1987, pag. 380). Secondo gli autori la risposta a questa domanda offre importanti indicazioni in merito al modo migliore di raggiungere i pazienti. Riprendendo Crick & Dodge (1994; si veda anche Anderson, 1982), come un individuo interpreta il proprio mondo e sceglie di arrivare ad una specifica decisione dipende da una serie di step cognitivi ed affettivi.

Nonostante questo processo preveda vari step, questo non necessariamente significa che debba essere progressivo e lineare (le persone non seguono tutte il medesimo ordine) e inclusivo di tutti gli step (non tutti passano attraverso tutti i passaggi previsti). Questo perché talvolta accade che nel processo di decision making l'individuo, invece di valutare le informazioni reagisca secondo quelli che sono i suoi pattern cognitivi ed emotivi abituali di risposta, bypassando alcune fasi del processo.

Le varie fasi descritte da Vogel comprendono: codificazione ed interpretazione di segnali interni ed esterni; valutazione di possibili risposte comportamentali; la decisione di intraprendere l'azione selezionata; rispondere alle valutazioni proprie ed altrui del comportamento selezionato (Vedi Figura 1.3).

Figura 1.3: Modello relativo al processo di ricerca di aiuto di Vogel e collaboratori (2006b)



Il primo step prevede che l'individuo innanzitutto selezioni ed interpreti i segnali che provengono dall'interno e dall'esterno. Da un lato quindi la persona deve prestare attenzione a uno stimolo rilevante e dall'altro gli deve dare un senso accedendo ai propri schemi. In altre parole, questo processo *"non avviene nel vuoto, ma, in concomitanza con la consapevolezza che si possiede già"* (Heppner & Krauskopf, 1987, pag. 385). È molto

importante, quindi, il significato personale che un individuo dà allo stimolo, in questo caso il sintomo psicologico. A questo livello i sintomi di un disagio psicologico possono essere interpretati in maniera differente a seconda dell'importanza soggettiva che le persone gli attribuiscono. Alcuni segnali, per esempio, possono essere interpretati in maniera erronea o riferiti ad una condizione momentanea di stress e perciò non sfociare in una richiesta di aiuto professionale: per esempio una persona può sottostimare i sintomi della depressione attribuendoli a una cattiva qualità del sonno o confondere i sintomi dell'ansia con uno stato di eccitamento (Vogel et al., 2006). Questo può far sì che venga posta attenzione ai sintomi sbagliati o che l'origine emotiva e psicologica dei sintomi venga erroneamente collegata con uno stato alterato di salute fisica come nel caso in cui episodi di attacco di panico vengono confusi con un infarto in corso portando a richiedere un intervento medico piuttosto che psicologico. Non sorprende il risultato trovato da Kessler, Lloyd, Lewis, e Gray (1999) per cui coloro attribuiscono "spiegazioni di buon senso" per i loro sintomi sono meno propensi a cercare servizi professionali (per esempio confondere i sintomi della depressione con una brutta notte, difficoltà coniugali croniche con un momento di stress).

Le ricerche inoltre hanno evidenziato come vi sia un ampio grado di disinformazione e ignoranza in merito alle malattie mentali e ai servizi nel settore della salute mentale (Jorm, 2000; Jorm et al., 1997) favorito da una serie di informazioni distorte diffuse dai mass media (Crisp et al., 2000; Lin, 2002; Wolff et al., 1996).

Inoltre gli autori (Vogel et al., 2006) sottolineano come un meccanismo automatico di risposta agli stimoli può avere delle forti implicazioni in questa fase portando a delle assunzioni sbagliate e disadattive. Infatti, sebbene un'elaborazione automatica delle informazioni che si presentano di frequente nel corso della vita possa essere funzionale implicando un minor sforzo cognitivo, talvolta, come di fronte ad un distress psicologico, può portare a conclusioni erranee in quanto basate su un numero limitato di informazioni.

La prima fase risulta perciò cruciale per riconoscere il problema e decidere di affrontarlo. Come era stato sottolineato in precedenza da Saunders (1993) questa fase in cui si deve collegare l'esperienza dolorosa alla propria salute mentale è la più difficile da affrontare per la maggior parte delle persone: è stato riscontrato, infatti, come spesso vi debba essere un livello considerevolmente elevato di stress perché le persone possano riconoscere con facilità il problema e attivare il processo di richiesta di aiuto (Kessler et al., 1979; Ware et al., 1984). Le persone non scelgono automaticamente di intraprendere una terapia quando

sono preoccupate da problemi di minore entità e spesso mettono in atto una serie di strategie di coping meno impegnative per farvi fronte prima di ritenere che il problema meriti l'intervento di un professionista (Mechanic, 1976). Se i sintomi non vengono interpretati come sufficientemente gravi, se si reputa che tenderanno a passare da soli senza alcun intervento o che siano imm modificabili non verrà messa in atto alcuna strategia comportamentale per farvi fronte. In linea con questi risultati, lo studio di Cameron e collaboratori (1993) ha mostrato che coloro che prendono in considerazione la richiesta di aiuto professionale come opzione perseguibile tendono a interpretare i sintomi come parte di un disturbo specifico, li valutino come gravi e li associno ad un'elevata sofferenza in misura maggiore rispetto a coloro che non arrivano a richiedere un intervento professionale.

Sulla base delle precedenti interpretazioni dei sintomi e dei propri obiettivi attuali, le persone giungono al secondo step, cioè generano una serie di opzioni comportamentali per affrontare il problema (Vogel et al., 2006). In questa fase in primo luogo, oltre ad esserci un adeguato riconoscimento del malessere, giudicato come abbastanza severo da dover prendere un provvedimento, occorre anche che la persona senta di avere delle risorse per fronteggiare la sintomatologia e sappia tradurre i suoi obiettivi in compiti realizzabili (Heppner & Krauskopf, 1987). In questa fase le conoscenze in merito alla salute mentale, alle differenti risorse professionali disponibili, al processo e all'efficacia della terapia giocano un ruolo fondamentale nel favorire l'emergere di differenti soluzioni per affrontare in modo adattivo il problema. Entra qui in gioco l'opinione che la persona ha rispetto i professionisti della salute mentale e/o l'idea di poter fare affidamento solo sulle proprie risorse. Potrebbe accadere, infatti, che alcune persone siano convinte di poter risolvere le loro difficoltà autonomamente, senza che sia necessario ricorrere ad un intervento professionale. Dalle interviste realizzate per uno studio qualitativo, condotto da Topkaya (2015), tra i vari fattori che potrebbero ostacolare la possibilità che una persona riceva un aiuto psicologico, è emersa l'importanza della convinzione che la persona debba risolvere autonomamente i propri problemi. Steele, Dewa e Lee (2007) hanno rilevato che la popolazione canadese generale preferisce gestire le proprie difficoltà psicologiche in autonomia senza ricorrere ai servizi per la salute mentale. Secondo gli autori questo desiderio rappresenta la principale ragione per cui la popolazione canadese non riceve alcun servizio per la salute psicologica (Steele et al., 2007).

Una volta prese in esame le differenti opzioni di comportamento (da quelle vagliate nello step 2) le persone sono chiamate a scegliere quale implementare valutando accuratamente, in termini di costi e benefici, le conseguenze di ciascuna strategia. È in questo terzo step che giocano un ruolo importante lo stigma associato alla richiesta di aiuto psicologico, il sentimento di autoefficacia derivato da esperienze passate di successo o fallimento nel far fronte a quel determinato problema, norme razziali, culturali, e di genere, cioè, le aspettative esterne su come dovremmo comportarci (Vogel et al., 2006b). Secondo alcuni autori il fatto che i servizi siano disponibili o accessibili non rappresenta un ostacolo tanto rilevante quanto l'accettabilità stessa della terapia (Mackenzie et al., 2010; Steele et al., 2007). Nella ricerca di Elliot e colleghi (2015) dopo il riconoscimento adeguato del problema, l'altra fase nella quale sono state riscontrate più difficoltà è quella in cui le persone devono decidere se la terapia può essere utile o meno. Queste credenze portano le persone a sottostimare i benefici e a sovrastimare i rischi e i costi legati ad un'eventuale richiesta di aiuto psicologico che viene perciò considerata come l'ultima spiaggia in caso di necessità (Vogel & Wester, 2003; Vogel et al., 2005).

Nella quarta fase del processo di ricerca di aiuto gli individui valutano le conseguenze dell'azione intrapresa e le considerazioni che emergono orienteranno le scelte successive. Secondo gli autori questo è un fattore importante per la comprensione del processo di richiesta d'aiuto, che Heppner & Krauskopf (1987) chiamato auto-valutazione (*self-appraisal*, p. 423). Ad esempio, un individuo potrebbe decidere di non intraprendere alcun tipo di azione mosso dalla convinzione che i suoi sintomi si risolveranno con il passare del tempo e potrebbe anche accadere che sperimenti un fugace miglioramento della sua condizione. Tuttavia è ancor più probabile che la sintomatologia riemerge dal momento che non ha né acquisito pattern adattivi né introdotto un cambiamento significativo nella sua vita. La scelta di rivolgersi ad un professionista della salute mentale è spesso l'ultima opzione dopo aver cercato aiuto altrove. Nel frattempo le conseguenze della sintomatologia potrebbero essere peggiorate (Vogel et al., 2006b). Un aspetto importante secondo Vogel e collaboratori (2006), al quale i clinici devono prestare attenzione, è che il processo di valutazione dei benefici delle proprie azioni non termina una volta operata la scelta di iniziare una terapia. Per questo risulta necessario prendere in esame le aspettative del cliente in relazione alla terapia, affrontare e discutere i dubbi e i timori legati al sistema di salute mentale in modo da prevenire l'interruzione precoce del trattamento.

È utile inoltre che il terapeuta indaghi le decisioni prese dal cliente prima di entrare in terapia e i risultati a cui hanno portato rispetto agli obiettivi prestabiliti. In particolare partendo da ciò che non ha funzionato in passato il terapeuta può lavorare con il cliente per aiutarlo a prendere in considerazione percorsi d'azione differenti e più funzionali per il suo benessere (Vogel et al., 2006).

1.3.4 Come poter intervenire in ogni fase del processo di richiesta d'aiuto

Nel complesso, per concludere, questi modelli offrono ai clinici un importante punto di partenza teorico per sviluppare interventi individuali, familiari o comunitari in grado di aiutare in maniera efficace le persone a superare le barriere che, agendo a diversi livelli del processo, impediscono alle persone di giungere alla figura psicologica.

Nel mio lavoro di tesi ogni disegno di ricerca implementato è stato pensato avendo in mente queste fasi del processo di richiesta di aiuto psicologico. Consapevole del fatto che queste fasi nell'esperienza reale s'intersecano tra loro e non sono così puntualmente ordinate, si può però tentare di disporre ogni studio in uno specifico processo mentale che guida la persona nella decisione di richiedere o meno aiuto allo psicologo.

Lo studio descritto nel quarto capitolo, che ha come obiettivo generale la comprensione dei fattori d'influenza nell'attitudine a richiedere un aiuto psicologico, pertanto, si potrebbe inserire nella prima e seconda fase del modello di Rickwood, ovvero nel momento in cui la persona diventa consapevole del problema e disponibile ad esprimerlo ad un esterno, nella prima fase del modello di Saunders (riconoscere di avere un problema) e nella prima ma anche terza e quarta fase del modello di Vogel (interpretazione dei segnali di disagio e valutazione dei rischi e benefici della terapia).

La ricerca descritta nel quinto capitolo, che si propone d'indagare la percezione dei vari professionisti della salute mentale, potrebbe invece rientrare nella terza fase del modello di Rickwood (verifica che le fonti di aiuto siano disponibili), nella seconda e terza fase di Saunders (decidere di affrontare il problema attraverso una terapia e cercare una terapia), e nella seconda fase di Vogel (generazione delle possibili risposte comportamentali, in cui giocano un ruolo fondamentale le conoscenze in merito alla salute mentale, alle differenti risorse professionali disponibili, al processo e all'efficacia della terapia). Infine lo studio inserito nell'ultimo capitolo, che descrive e analizza l'efficacia clinica di un modello di

psicologia nelle cure primarie proposto in Veneto, appartiene alla fase finale di questo processo, ovvero quella in cui si giunge dallo psicologo.

1.4 Le barriere legate alla richiesta di aiuto psicologico

Sono state quindi delineate le fasi del processo che porta a richiedere un aiuto psicologico professionale e per ogni fase sono stati descritti alcuni tra i potenziali fattori inibenti tale richiesta. La letteratura in materia è piuttosto vasta e sottolinea l'importanza dell'interazione di fattori individuali e strutturali. Considerando il costante aumento della sofferenza psicologica e il mancato accesso alle consultazioni, occorre chiedersi quali siano le ragioni legate all'inutilizzo di tali risorse.

Una cospicua mole di ricerche ha cercato di analizzare quali siano le barriere che possono ostacolare o inibire la richiesta di un aiuto psicologico. Thompson e colleghi (2004) in uno studio australiano hanno classificato questi fattori in tre categorie principali di variabili: variabili basate sulla conoscenza, variabili strutturali e variabili attitudinali (Thompson et al., 2004). Le prime riguardano per esempio il mancato riconoscimento dei sintomi e il fatto di non sapere dove chiedere aiuto. Tra le variabili strutturali vengono inclusi i costi economici, la difficoltà con i trasporti e la mancanza di servizi a disposizione. Mentre le variabili attitudinali possono essere per esempio lo stigma, la paura o l'imbarazzo nel confidarsi con un estraneo rivelando dati personali, la convinzione che una persona debba essere in grado di affrontare da sola i propri problemi e le aspettative in merito alla probabilità che i servizi possano effettivamente aiutare a risolvere un problema (Mackenzie et al., 2014). Secondo i risultati di uno recentemente studio condotto negli Stati Uniti (Mojtabai et al., 2011), le persone che pur riconoscendo la necessità di un aiuto psicologico non giungono a richiedere un trattamento riferiscono un maggiore impedimento legato alle variabili attitudinali rispetto a quelle strutturali (Mojtabai et al., 2011).

In questo elaborato, però, nonostante le principali barriere siano le medesime esaminate da Thompson farò riferimento alle classificazioni di alcuni degli autori che hanno descritto i modelli teorici sulla richiesta d'aiuto, in linea con il paragrafo precedente, sia per dare il maggior ordine possibile a un argomento vastissimo in letteratura, sia perché il campione di riferimento di Thompson era composto da una popolazione esclusivamente australiana.

Descriverò quindi le principali barriere alla richiesta d'aiuto, a partire da quelle proposte da Vogel che fa riferimento alla popolazione generale, procedendo con i lavori di Rickwood e Gulliver che studiano invece i giovani adulti, target della tesi.

1.4.1 Il ruolo di alcune variabili socio-demografiche: genere, etnia, età

Innanzitutto le prime variabili da studiare secondo Vogel e colleghi (2007b) sono il genere, l'appartenenza etnica, le norme culturali e l'età. Queste barriere sono state studiate anche da molti altri autori, di cui riporto i principali lavori.

Per quanto riguarda il *genere* è stato dimostrato in modo uniforme in molti studi come gli uomini, nel far fronte ad episodi di distress psicologico, manifestino una minore attitudine a ricorrere ai servizi di salute mentale rispetto alle donne (Addis & Mahalik, 2003; Ang et al., 2004; Morgan et al., 2003; Vogel & Wester, 2003; Gonzalez et al., 2005; Fischer & Farina, 1995). Alcuni studi attestano inoltre che nel momento in cui questi arrivano a chiedere un aiuto psicologico presentano, con maggiore probabilità rispetto alle donne, un livello di stress avvertito come estremo e preoccupante (Tomlinson & Cope, 1988). Altri studi sottolineano quanto gli uomini siano più propensi a pensare che verranno stigmatizzati qualora decidano di cercare un aiuto psicologico professionale (Martin et al., 1997). I ruoli di genere che caratterizzano la socializzazione sembrano giocare un ruolo importante nel determinare questa discrepanza (Moller-Leimkuhler, 2002; Galdas et al., 2005): le donne, infatti, sono più spesso educate a comprendere, analizzare ed esprimere i propri bisogni emotivi e sentimenti e per questo si mostrano più predisposte e a proprio agio nel richiedere un supporto in caso di bisogno, mentre per gli uomini l'espressività emotiva rappresenta un taboo secondo le norme di genere più tradizionali (Moller-Leimkuhler, 2002; Addis & Mahalik, 2003; Ortega & Alegria, 2002). Le aspettative sociali che dipingono l'uomo ideale come stoicamente indipendente, capace di risolvere da solo i propri problemi e di tenere sempre sotto controllo le emozioni risultano inconciliabili con l'espressione di un bisogno di aiuto psicologico e portano a considerare quest'ultimo come una minaccia da evitare (Addis & Mahalik, 2003; Mahalik et al., 2003). Tra i rischi che gli uomini correrebbero nella nostra società se ammettessero di aver bisogno di aiuto psicologico troviamo un senso di fallimento, perdita di controllo e la percezione di essere deboli (Addis & Mahalik, 2003; Vogel & Western, 2003). Nella mente di molti uomini questi possibili esiti potrebbero rappresentare un costo eccessivo e

avere un peso maggiore rispetto ai potenziali benefici di un aiuto professionale. Ancora, una recente *review* sistematica, realizzata da Yousaf, Grunfeld e Hunter (2015), ha descritto le principali barriere legate alla ricerca di aiuto medico e psicologico in riferimento alla popolazione maschile. Tra i fattori di stampo psicologico che potrebbero inibire la ricerca di aiuto, gli autori annoverano una tendenza a limitarsi nell'espressione dell'emotività, che potrebbe essere altrimenti definita in termini di controllo emotivo e di atteggiamenti negativi nei confronti dell'espressione emotiva. Un'altra *review* condotta da Johnson e colleghi (2012) riporta che gli uomini, nonostante gli elevati livelli di *distress* psicologico causati da una depressione, sono meno propensi a cercare un aiuto professionale poiché sono riluttanti di fronte all'eventualità di esprimere le loro emozioni. “*Boys dont' cry*” è infatti un messaggio rivolto agli uomini sin dalla tenera età e rappresenta una sorta di imperativo che avverte della possibilità di essere derisi nel caso in cui la propria sofferenza si manifesti nel pianto (Vogel et al., 2011). Sembra, quindi, che socialmente agli uomini sia chiesto di gestire da sé eventuali difficoltà psicologiche, senza dover esprimere ad altri le proprie emozioni (O'Brien et al., 2005).

Alcune ricerche hanno riscontrato un'alta correlazione positiva tra l'appartenenza al genere maschile e i livelli di self-stigma rappresentati dall'interiorizzazione delle credenze sociali negative in merito alla salute mentale e alla richiesta di aiuto (Vogel et al., 2007).

Inoltre, bisogna sottolineare come la maggior parte dei risultati sopra esposti facciano riferimento a studi condotti su una popolazione occidentale, in particolare americana e che sebbene in generale sia stata riscontrata una sovrapposizione tra le norme tradizionali di genere tra le diverse culture, alcuni valori possono assumere un'intensità e un'importanza differente all'interno di alcune minoranze etniche (Wester, 2010). Per esempio nello studio condotto da Vogel e collaboratori (2011) è emerso come la relazione tra adesione alle norme maschili dominanti e percezione dello stigma sia più debole per gli afroamericani e gli asiatici rispetto agli americani caucasici, questo sebbene i primi abbiano mostrato livelli maggiori di sostegno alle norme culturali maschili. Secondo gli autori questa discrepanza è dovuta al fatto che i ruoli di genere a cui gli uomini devono aderire possono variare all'interno di differenti culture allontanandosi dall'ideale espresso all'interno della cultura americana dominante e perciò impattando in maniera differente sullo stigma percepito nei confronti della malattia mentale e del comportamento di richiesta di aiuto. Per esempio la cultura afroamericana incoraggia gli uomini a rispettare alcuni comportamenti strettamente legati al ruolo di genere quali la dominanza ma al

contempo concede loro maggiori libertà rispetto ad altri aspetti quali l'espressione delle emozioni (Sue et al., 2008) e questo fa sì che non percepiscano un senso di vergogna così profondo nel parlare agli altri delle proprie emozioni e non vedano la richiesta di aiuto come una minaccia alla propria virilità.

Anche i risultati di studi condotti sulla minoranza asiatica residente in Gran Bretagna sembrano andare nella stessa direzione indicando come all'interno di questo gruppo etnico siano le donne a mostrarsi più inibite nei confronti della richiesta di aiuto (Fenton & Sadiq, 1993; Currer, 1986) e come questa reticenza e bisogno non soddisfatto possa essere alla base dell'ampio numero di suicidi commessi dalle donne asiatiche nel Regno Unito (Raleigh, 1996).

Anche le *differenze etnico-raziali* quindi sembrano giocare un ruolo rilevante nel processo di richiesta di aiuto psicologico in quanto le norme, i valori e le credenze culturali in merito alla richiesta di aiuto possono variare e talvolta essere in contrasto con gli aspetti cardine della consulenza psicologica (Diala et al., 2000; Root, 1985). Per esempio alcune culture valorizzano l'importanza della discrezione e della privacy in merito ai problemi personali o di origine emotiva (Sue, 1994; Tracey et al., 1986) incoraggiando a evitare di soffermarsi su di essi. Questo è emerso soprattutto per quanto riguarda la cultura afro-americana in cui sembra prevalere la spinta alla sopportazione delle situazioni difficili e della sofferenza (Broman, 1996) e per le culture asiatiche che considerano la sfera emozionale come un taboo e che giudicano l'autocontrollo e la repressione dei sentimenti in pubblico come un valore assoluto (Leong, 1986; Kim & Omizo, 2003). In linea con questi risultati alcuni studi cross-culturali sullo stigma nei confronti della malattia mentale hanno evidenziato come le minoranze etniche, sia afroamericane (Rusch et al., 2005; Adewuya et al., 2010) sia appartenenti a gruppi recentemente immigrati negli Stati Uniti di diversa provenienza (Nadeem et al., 2007) condividano una visione più negativa dei disturbi mentali e dei servizi di salute mentale rispetto agli americani di origine caucasica (Snowden & Cheung, 1990; Corrigan & Watson, 2007).

Una spiegazione plausibile può essere riferita ai concetti di cultura collettivistica e individualistica. Le popolazioni che si rifanno maggiormente ad una cultura collettivistica, che sottolinea l'importanza dell'interdipendenza e dell'armonia sociale, tendono a percepire in maniera più forte gli effetti del self-stigma (Goldston et al., 2008; Gong, Gage, & Tacata, 2003; Wynaden et al., 2005). In queste culture l'individuo si identifica fortemente con la propria comunità e ciò fa sì che venga dato un ampio valore ai bisogni e

ai desideri degli altri (Gong et al., 2003) e che pertanto vengano accentuati gli effetti del comportamento individuale sull'intero sistema. Poste di fronte alla necessità di dover chiedere aiuto per un problema legato alla salute mentale queste persone potrebbero provare ancor più vergogna in quanto riterrebbero non solo di deludere se stessi ma anche di perdere il rispetto della famiglia e della comunità (Vogel et al., 2011). A conferma di ciò si rilevano maggiori livelli di self-stigma in campioni composti da persone aderenti alla cultura asiatica (Shea & Yeh, 2008), araba (Soheilian & Inman, 2009) ed ebraica ortodossa (Shechtman et al., 2010).

Anche la formazione pregressa religiosa e il retroterra etnico possono influenzare le credenze in merito alla salute mentale e di conseguenza impattare sullo sviluppo di schemi di azione legati alla salute (Vaughn et al. 2009; Helman, 1990). Le ricerche hanno evidenziato che se una persona attribuisce la causa dei propri problemi emotivi a fattori organici e biologici sarà con maggiore probabilità portata a ricorrere all'aiuto di uno psichiatra (Yeh et al. 2002) mentre al contrario se prevale la credenza che il problema dipenda da forze spirituali la persona preferirà richiedere l'intervento di un leader spirituale (Cauce et al. 2002; Cheung & Snowden 1990). Secondo i risultati di diversi studi cross-culturali le minoranze etniche, tra cui per esempio gli afroamericani (Alvidrez, 1999) e gli ispanici (Bignall et al., 2015), tendono a considerare le cause soprannaturali più preponderanti nel determinare il corso della malattia rispetto alla popolazione caucasica (Gregg & Curry 1994; Landrine & Klonoff 1994). La religiosità e la spiritualità sono state riconosciute come un elemento centrale e spesso trasversale alle diverse culture in grado di impattare in diverse fasi del processo di richiesta di aiuto: sulle attribuzioni eziologiche legate al disturbo, sulla fonte a cui rivolgersi per chiedere aiuto e sullo stile di coping scelto per far fronte al problema (Smolak et al. 2012). Alcuni studi hanno rilevato che i musulmani ottengono i punteggi più bassi nell'attitudine a richiedere aiuto psicologico mentre le persone che dichiarano di non avere alcuna appartenenza religiosa ottengono i punteggi più alti (Soheilian & Inman, 2009; Littlewood & Lipsedge, 1977).

Questo risultato conferma l'importanza conferita alla preghiera nella religione islamica e indica come il ricorso a questa possa essere considerato un modo per chiedere aiuto anche di fronte alla sofferenza mentale (Littlewood & Lipsedge, 1977; Hatfield et al., 1999). Per questo alcuni autori hanno proposto di far leva sulla spiritualità per cercare di avvicinare maggiormente alcune fasce della popolazione ai servizi di salute mentale di cui necessitano per esempio cercando di collaborare nel corso del trattamento con i loro leader

spirituali, oppure semplicemente cercando di tenere in considerazione l'aspetto spirituale e trascendentale nelle proprie concettualizzazioni e nella pratica terapeutica (Bignall et al., 2015).

In un'altra ricerca le minoranze di rifugiati appartenenti ad una cultura asiatica riportavano la convinzione che le malattie siano inevitabili nel corso della vita e questo li allontanava dal rivolgersi ad un professionista per un trattamento in caso di sofferenza fisica o mentale (Uba, 1992). Oppure nella cultura Zuni riferirsi al suicidio è severamente proibito e pertanto una persona che ha avuto dei pensieri suicidari potrebbe avere delle difficoltà nell'esternare la propria sofferenza e chiedere aiuto (Bee-Gates, 1996).

Nell'insieme questi aspetti possono contribuire a spiegare il sotto utilizzo dei servizi di salute mentale da parte di queste specifiche popolazioni e devono essere tenuti in considerazione nel progettare degli interventi in grado di promuovere un comportamento funzionale di richiesta di aiuto. La variabile età sarà approfondita nei paragrafi successivi.

1.4.2 Le altre barriere alla richiesta d'aiuto nella popolazione generale secondo Vogel (2007)

Dall'analisi della letteratura condotta da Vogel (2007) emerge complessivamente il ruolo di sette variabili, oltre a quelle citate nel paragrafo precedente: lo stigma sociale (Corrigan, 2004; Corrigan & Penn, 1999; Komiya et al., 2000) la paura delle emozioni (Komiya et al., 2000), la paura della terapia (Deane & Todd, 1996; Kushner & Sher, 1989), l'anticipazione di rischi e benefici (Vogel & Wester, 2003; Vogel et al., 2005), l'autostima (Vogel, Wester & Larson, 2007b); l'apertura agli altri o self-disclosure (Hinson & Swanson, 1993; Vogel & Wester, 2003) e le norme sociali (Vogel et al., 2007b).

Lo **stigma** è la barriera più citata in letteratura per quanto riguarda la richiesta d'aiuto (Corrigan, 2004; Sibicky & Dovidio, 1986; Stefl & Prosperi, 1985).

Il concetto di stigma è antico: Erving Goffman è considerato l'autore storicamente più importante tra coloro che si sono occupati della tematica dello stigma sociale, delle sue origini e delle sue conseguenze. Secondo l'autore il termine "stigma" venne utilizzato per la prima volta dai greci, i quali stabilirono una sorta di consuetudine sociale che prevedeva l'incisione della pelle oppure la realizzazione di un marchio mediante il fuoco a coloro che dovevano essere riconosciuti come traditori, criminali o schiavi. Questa pratica era

finalizzata a facilitare i cittadini nel riconoscere immediatamente un individuo portatore di caratteristiche insolite, connesse ad uno status morale screditato e disprezzabile, e pertanto *“una persona segnata, un paria che doveva essere evitato, specialmente nei luoghi pubblici”* (Goffman, 1963, p. 11). La parola “stigma” deriva appunto dal greco “στίγμα” e significa letteralmente “puntura”, “macchia”, “marchio”. Già a partire dall’etimologia del termine, possiamo ricavare un aspetto caratteristico e saliente del fenomeno: innanzitutto lo stigma origina dalla visibilità, o meglio ancora dalla percettibilità di un segno. Secondo Zamperini (2010) nella trattazione di Goffman la dimensione più importante è quella dell’esposizione: lo stigma è un’evidenza; è in primo luogo qualcosa che irrompe nella percezione di un osservatore esterno, e secondariamente un segno che *“rimanda implicitamente o esplicitamente, a una differenza percepita alla stregua di una devianza rispetto ad una norma”* (Zamperini, 2010, p. 142). Il concetto di stigma ha avuto un’evoluzione storica. Sono passati più di cinquant’anni dalla pubblicazione del testo di Goffman, ma questo scritto continua ad ispirare molti ricercatori e studiosi che si sono interrogati sull’origine, le caratteristiche e le conseguenze del fenomeno. L’autore ha elaborato una cornice teorica che è diventata un punto di riferimento cruciale per tutti gli studiosi interessati al fenomeno, indipendentemente dal campo d’indagine di appartenenza. Lo stigma è, infatti, un concetto riferibile a innumerevoli circostanze (Link & Phelan, 2001) ed è un argomento piuttosto trasversale, studiato da discipline ben distinte tra loro come la medicina, la psicologia, la criminologia e molte altre ancora (Bos et al., 2013).

Dagli anni ’80 ai primi anni 2000 si è assistito ad un aumento considerevole del numero di articoli inerenti alla tematica: dal 1965 al 1982 PsycInfo riporta 603 articoli; dal 1990 al 2004 il numero di articoli è salito a 2321 (Major & O’Brien, 2005). Inoltre a partire dagli anni ’80 si è verificato un cambiamento di prospettiva che ha messo in primo piano la natura situazionale dello stigma e il ruolo della persona nel reagire ad esso (Major & O’Brien, 2005). Attualmente l’attenzione nei confronti della nozione di stigma è in costante aumento: inserendo la parola “stigma” nella banca dati di PsycInfo otteniamo circa 9,939 risultati (Bos et al., 2013). L’interesse nei confronti della tematica è giustificato dall’importanza che assume in virtù delle ricadute sociali, politiche ed economiche che essa comporta per l’intera società e per la vita individuale delle persone che vivono lo stigma sulla propria pelle. Pertanto la nozione di stigma è stata oggetto di un dibattito piuttosto prolifico che tuttavia non è ancora stato in grado di produrre una spiegazione che

sia unica ed esaustiva (Bos et al., 2013; Link, 2004). Nonostante il dibattito non solo sullo stigma in generale, ma anche sullo stigma riferito alla malattia mentale e alla richiesta d'aiuto ad un professionista della salute mentale, sia molto ricco e si configuri come una tematica complessa, caratterizzata da molteplici sfaccettature e campi di applicazione, in questa tesi per ragioni di sintesi faccio riferimento in particolare ai contributi teorici di Corrigan e Vogel, che introdurrò in questo paragrafo e approfondirò in quello relativo alla ricerca che si occupa specificatamente di questo tema (presentata nel quarto capitolo), nella consapevolezza che ogni ricerca non possa essere esaustiva, ma sia necessariamente una parcellizzazione del reale.

Uno studio importante è quello condotto da Ben-Porath (2002): in questa ricerca sono stati sottoposti i partecipanti alla lettura di vignette che riportavano la storia di una persona che riceve una psicoterapia per una depressione, una persona che ha una depressione ma non riceve alcun trattamento, una persona che beneficia di un trattamento medico per curare un mal di schiena e una che nonostante il mal di schiena non riceve alcun tipo di trattamento. L'autrice ha ipotizzato che la richiesta di un aiuto per un disagio psicologico, nello specifico per il disturbo depressivo, fosse percepita più negativamente rispetto alla richiesta di trattamento per un disturbo fisico. Dai risultati emerge che innanzitutto le persone portatrici di un disagio psicologico sono viste in modo più negativo rispetto a chi ha un disturbo fisico: le persone che hanno una depressione, rispetto a chi ha un malessere fisico, sono viste come *“più emozionalmente instabili, meno interessanti dal punto di vista interpersonale, meno competenti e meno sicuro di sé”* (Ben-Porath, 2002). Inoltre coloro che chiedono aiuto per un disagio psicologico vengono visti come meno competenti e meno stabili dal punto di vista emozionale rispetto a coloro che per lo stesso problema, non chiedono alcun aiuto. Lo studio supporta le ipotesi di Dovidio, Fishban e Sibicky (1985) secondo cui la percezione negativa delle persone che chiedono aiuto per un disagio psichico dipende sia dallo stigma nei confronti del problema psicologico in sé sia dallo stigma nei confronti della richiesta di aiuto. Pertanto, tracciando le linee di una percezione stigmatizzante così come viene descritta da questi autori, risulterebbe che gli individui che chiedono aiuto per difficoltà psicologiche sono visti come emozionalmente instabili in primo luogo perché hanno un problema psicologico e in secondo luogo perché per far fronte ad esso hanno chiesto aiuto ed assistenza.

A partire da questa fondamentale distinzione (stigma verso la malattia mentale e stigma verso la richiesta d'aiuto), studi più recenti hanno cercato di individuare l'influenza dello

stigma nei confronti del disagio psichico sulla richiesta di aiuto psicologico mentre altri si sono focalizzati in modo specifico sullo stigma nei confronti di tale richiesta. È di questo secondo tipo di stigma che mi occuperò in questo lavoro di tesi.

Per stigma nei confronti della ricerca di aiuto psicologico s'intende "*il ritenere che una persona che cerca un trattamento sia indesiderabile o che tale richiesta sia socialmente inaccettabile*" (Vogel, Wade & Haake, 2006a). Questo costrutto può essere distinto in due differenti aspetti: il *public-stigma* e il *self-stigma* (Vogel et al., 2007). Il primo è rappresentato dal giudizio negativo da parte della società nei confronti di coloro che ricercano un aiuto professionale, ad esempio la convinzione che questi ultimi siano deboli o inferiori. Il secondo invece è derivato dall'interiorizzazione da parte dell'individuo del giudizio negativo che la società manifesta di fronte alla richiesta di aiuto. I ricercatori hanno dimostrato che il self-stigma rappresenta un perfetto mediatore tra il public-stigma e la richiesta di aiuto psicologico (Vogel et al., 2007). Molti stereotipi stigmatizzanti, inoltre, vengono trasmessi anche all'interno del sistema familiare, del gruppo dei pari o degli amici. Ecco perché è stato anche coniato il termine di *stigma by others*. Queste tipologie di stigma saranno approfondite successivamente, nella sezione dedicata allo studio che prenderà in esame il ruolo di questa variabile, e in particolare nel paragrafo 4.1.1.

Komiya, Good e Sherrod (2000) hanno condotto uno studio con la finalità di indagare il ruolo dell'**apertura emotiva** nel predire l'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto e hanno rilevato che le persone meno aperte nei confronti delle proprie emozioni sono anche più reticenti a chiedere aiuto psicologico. L'apertura emotiva è stata considerata controllando altre variabili che potrebbero impattare su tali atteggiamenti: lo stigma, considerato il fattore che maggiormente inibisce la richiesta di aiuto, il *distress* psicologico e il genere. Da questo studio, è emerso che i fattori che sembrano impattare maggiormente sull'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto, spiegandone circa il 25% della varianza, sono: il genere maschile; lo stigma elevato associato al fatto di ricevere un trattamento psicologico; la mancanza di apertura emotiva e la minore severità dei sintomi psicologici. Il risultato più saliente di questo studio è che il maggior grado di apertura emotiva predice un atteggiamento più favorevole nei confronti della ricerca di aiuto psicologico. Pertanto, gli autori ritengono che la reticenza a richiedere un aiuto psicologico professionale, debba essere fatta risalire in parte, alla tendenza delle persone ad essere poco aperte nei confronti delle loro emozioni (Komiya et al., 2000). In

particolare, una situazione come quella che potrebbe configurarsi qualora un individuo decida di chiedere un aiuto psicologico, comporta una serie di timori che vanno nella direzione opposta rispetto a quanto può essere stato appreso e interiorizzato, ovvero nella direzione dell'apertura verso le proprie emozioni e dell'espressione dell'emotività (Komiya et al., 2000). Un risultato, altrettanto significativo, riguarda lo stigma: sembra infatti, che le persone meno in contatto con le loro emozioni, siano allo stesso tempo, propense a percepire uno stigma più elevato in relazione alla possibilità di ricevere un trattamento psicologico. Pertanto, ad una bassa apertura emotiva si associa un aumento dello stigma (Komiya et al., 2000). Anche Vogel e Western (2003) riportano che le aspettative rispetto al fatto di esprimere delle emozioni impattano su atteggiamenti e intenzioni inerenti alla ricerca di aiuto. In particolare, sembra la **paura di dover esprimere delle emozioni dolorose** potrebbe portare le persone ad evitare di chiedere una consulenza (Komiya et al., 2000). Secondo Greenson (1987) la paura di provare delle emozioni dolorose è un aspetto centrale nel determinare le resistenze che possono emergere nel corso di un trattamento psicoanalitico. Altri studi, riportano la tendenza dei pazienti a mantenere dei segreti nel corso della terapia, principalmente per il timore di esprimere delle emozioni particolarmente forti (Hill et al., 1993; Kelly, 1998). Nonostante la rilevanza di queste tematiche rispetto alla richiesta di aiuto psicologico, attualmente gli studi che hanno considerato il ruolo dell'espressione emotiva sono ancora limitati nella loro numerosità (Vogel et al., 2007b). Anche questo fattore sarà approfondito nel quarto capitolo, esaminandone il ruolo in relazione, tra le altre variabili, allo stigma verso l'aiuto psicologico.

Le **paure legate alla terapia**, invece, riguardano per lo più il comportamento del terapeuta quindi il trattamento che riserverà alla persona, cosa penserà di lei così come timore di subire delle costrizioni da parte del professionista (Vogel et al., 2007b). La paura della terapia è un fattore per il quale le ricerche hanno prodotto dei risultati piuttosto contrastanti: alcuni autori hanno effettivamente rilevato quanto la paura del trattamento inibisca la ricerca di aiuto (Deane & Chaberslain 1994) altri invece, hanno constatato che la paura del trattamento non è così rilevante se si considera il suo effetto in unione a quello di altri fattori come lo stigma sociale (Deane & Todd, 1996). L'eterogeneità dei risultati potrebbe anche dipendere dallo specifico problema per cui la persona chiede un aiuto professionale: la paura del trattamento sembra impattare meno nel caso di problemi emozionali o pensieri suicidari (Deane & Todd, 1996) ed essere maggiormente pregnante

nel caso in cui la richiesta di aiuto venga avanzata per problemi accademici (Cepeda-Benito & Short, 1998), problemi interpersonali, abuso di droghe o alcol (Vogel et al., 2005).

Un'altra barriera legata alla richiesta di aiuto psicologico è rappresentata dalle aspettative delle persone rispetto ai **costi e ai benefici della terapia** (Vogel et al., 2007b). Le persone che non accedono ai servizi di aiuto psicologico generalmente la ritengono una cosa poco utile e hanno scarse aspettative in merito ai benefici ad essa legati (Tinsley et al., 1984; Bayer & Peay, 1997) al contrario tendono a sovrastimarne i rischi quali il fatto che il terapeuta possa fraintendere, giudicare o addirittura ignorare le reali questioni poste nel corso dei colloqui (Harris et al., 1999; Vogel et al., 2007b).

Le persone realizzano un'analisi dei costi e dei benefici anche rispetto alla propria **autostima**: potrebbero pertanto decidere di non chiedere aiuto con l'intento di preservare l'immagine che hanno di loro stesse (Miller, 1985). Chiedere aiuto, infatti, comporta un'ammissione importante, traducibile per alcuni in un'ammissione d'inadeguatezza, ovvero il fatto di riconoscere di non poter gestire il problema da soli e di avere la necessità di un supporto esterno (Fischer et al., 1982). Nadler (1991) riporta che sentimenti d'inferiorità e incompetenza unitamente ad imbarazzo impattano sulla decisione di cercare aiuto.

Alcune persone potrebbero non sentirsi a proprio agio nel rivelare informazioni su di sé tanto che un ulteriore fattore di influenza è legato al grado di **disponibilità ad aprirsi agli altri**. Jourard (1964) è stato l'autore che per primo ha sottolineato la centralità di questo aspetto rispetto alla decisione di richiedere un aiuto psicologico: tale richiesta implica infatti che la persona si riveli ad un'altra, fornendo informazioni private. Hinson e Swanson (1993) hanno rilevato la gravità del problema unitamente alla maggiore o minore propensione ad un'apertura verso altri rappresentano i fattori che contribuiscono maggiormente a variare la tendenza di una persona a cerca un aiuto psicologico professionale.

Con **norme sociali** s'intende *“lo standard implicito di coloro che sono più vicini all'individuo”* (Vogel et al., 2007b). Takeuchi, Leaf e Kuo (1988) riportano che la violazione di una norma socialmente definita viene percepita come una barriera alla ricerca di aiuto per un problema di tipo emozionale. La rete sociale di appartenenza, possiede degli atteggiamenti su come comportarsi qualora emergano dei sintomi. Cameron e colleghi (1993) riportano che il 38% degli individui che cercano un trattamento si sono

prima rivolte a un'altra persona per capire che cosa fare. La maggior parte delle persone parla almeno con una persona per richiedere un aiuto professionale e se amici e familiari sono incoraggianti rispetto alla possibilità che la persona chieda un aiuto professionale è più probabile che questa sia più disponibile a ricercarlo. Dew e colleghi (1991) riportano che nel momento in cui qualcuno raccomanda ad una persona di intraprendere un trattamento aumenta la probabilità che questa chieda aiuto per una depressione. Bayer e Peay (1997) e Vogel e colleghi (2005) hanno riscontrato che le persone sono più propense a cercare un aiuto professionale se ritengono che chiedere questa tipologia di aiuto sia importante per le loro persone significative.

Infine, una tra le variabili strutturali che impediscono il contatto con i servizi psicologici è quella che da sempre occupa una posizione di maggior rilievo è costituita dalle difficoltà economiche (Mojtabai, 2005; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Health Care Access, Economic Task Force on Mental Health, 2009; Mojtabai et al., 2011; Walker et al., 2015). Diversi studi americani hanno evidenziato come i **costi** relativi all'assistenza sanitaria abbiano registrato un incremento notevole negli ultimi anni ponendo una forte restrizione nell'accessibilità ai servizi (Mojtabai, 2005; Sareen et al., 2007) in particolare per coloro che non godono di un'assicurazione sanitaria e possiedono uno status socio-economico basso (Rowan et al., 2013; Kessler et al., 2005). Una ricerca longitudinale condotta tra il 1997 e il 2002 negli Stati Uniti (National Health Interview Survey (NHIS); Mojtabai, 2005) sulle condizioni di salute e disabilità delle famiglie e sull'accesso e l'utilizzo, da parte di ciascun membro, dei servizi di salute mentale ha riportato che nel corso dei 6 anni in cui è stata portata avanti l'indagine la percentuale di partecipanti con vissuto di distress significativo che affermava di non poter far fronte alle incombenze economiche derivate dalle cure per la salute mentale è cresciuta dal 15.6% al 20.0%. Sempre all'interno del medesimo studio la percentuale di soggetti che dichiaravano di non potersi permettere le spese per i medicinali cresceva dal 27.7% al 34.1%. Questi dati caratterizzavano in particolare il campione di soggetti che all'inizio della ricerca affermava di non aver mai avuto un contatto con un operatore della salute mentale negli anni passati, confermando l'importanza di questa barriera nell'impedire a certe fasce della popolazione di ricercare una forma di cura a fronte di un disagio psicologico.

In particolare per quanto riguarda il contesto nazionale italiano, come vedremo, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la copertura economica dei servizi psicologici soltanto in

caso di patologie con diagnosi psichiatrica o con comorbidità organica cronica. Viene comunque concessa la possibilità di seguire un percorso psicologico a prezzi calmierati (intorno ai 10-20 euro a seduta) in seguito al pagamento di un ticket. Tuttavia anche questo può rappresentare un ostacolo per coloro che hanno una limitata disponibilità economica (Molinari et al., 2014).

Tra le altre variabili strutturali annoverate in letteratura vi sono anche: la mancanza di strutture o trattamenti disponibili, la difficoltà negli spostamenti, il fatto di non avere tempo a disposizione per una terapia e tutti gli inconvenienti che possono subentrare nel corso del processo di richiesta di aiuto (Mojatabai et al., 2011; Walker et al., 2015).

1.4.3 Le barriere alla richiesta d'aiuto nei giovani adulti secondo Rickwood (2005) e Gulliver (2010)

Due importanti review hanno affrontato il tema degli ostacoli alla richiesta d'aiuto psicologico specificatamente per i giovani adulti: lo studio di Rickwood (2005) e di Gulliver (2010).

In particolare il lavoro di Rickwood e colleghi (2005), che descrivo per primo seguendo l'ordine di pubblicazione, ha analizzato i dati di 2721 giovani adulti di età compresa tra i 14 e i 24 anni. Tra gli ostacoli sono emersi la mancanza di competenza emotiva, il timore dello stigma e attitudini e credenze negative rispetto alla richiesta d'aiuto; tra i facilitatori sono emersi una buona competenza emotiva, esperienze pregresse positive, conoscenze rispetto al concetto di salute mentale e un buon supporto sociale.

In questo studio emerge un fattore non ancora indicato, in questi termini, dalla letteratura di riferimento, quello della competenza emotiva. Per **competenza emotiva** s'intende "*la capacità di riconoscere e descrivere le emozioni, la capacità di comprenderle e di gestirle in maniera non difensiva*" (Mayer et al., 1999; Ciarocchi et al., 2003). Il fatto che una persona sia meno capace a rapportarsi con le proprie emozioni potrebbe renderla meno propensa a cercare un aiuto professionale e non (Ciarocchi & Deane, 2001). Questa è una tra le prime variabili da tenere in considerazione in quanto può intervenire come potenziale barriera già nella prima fase del processo di richiesta di aiuto, impedendone la progressione. Dalla review di Rickwood è risultato che i giovani adulti non ritengono di avere quelle competenze necessarie per poter essere consapevoli del loro mondo interiore. In aggiunta, ritengono di non poter contare su un linguaggio che gli consenta di esprimersi

in modo efficace e di sentirsi a proprio agio nell'aprirsi ad altre persone. Queste difficoltà sembrano essere ancor più pronunciate tra ragazzi e giovani adulti maschi, che ammettono di essere poco consapevoli del proprio mondo interiore e di non avere un buon linguaggio che gli consenta di condividere le proprie emozioni. Nella review vengono riportati alcuni commenti dei partecipanti agli studi considerati che sono particolarmente esemplificativi: *"Non sono bravo a parlare di queste cose"* e ancora *"Non sai come iniziare. Non sai che cosa dirai"* (Rickwood et al., 2005). Le donne, invece, sembrano essere più consapevoli dei segnali di un possibile *distress* psicologico e più inclini a condividerlo con altri; gli uomini, oltre ad essere poco consapevoli, sono anche meno propensi ad esporsi per condividere le proprie difficoltà.

A giustificazione e spiegazione della relazione tra competenza emotiva e disposizione a richiedere aiuto è stato riscontrato come le persone con scarsa competenza emotiva presentino una rete relazionale di supporto sociale carente e che per questo si trovino ad avere poche risorse, anche informali, su cui fare affidamento in caso di bisogno (Ciarrochi et al., 2003) e abbiano un background passato caratterizzato da esperienze di richiesta di aiuto fallimentari che li rendono meno propensi a riformulare una richiesta di aiuto in futuro e inoltre mostrino sentimenti di vergogna e imbarazzo dati dalla percezione di non possedere sufficienti abilità per ricercare aiuto. È stato sottolineato come queste difficoltà, tra cui prevalentemente il fatto di non riuscire a riconoscere, interpretare, esprimere a parole e condividere con gli altri le esperienze a carattere emozionale, vadano ad inibire in particolare lo stadio iniziale della richiesta di aiuto, mentre possano risultare meno influenti una volta che la persona è riuscita ad accedere al trattamento ovvero ad una fase in cui poi subentrano altre variabili più determinanti di quelle legate all'espressione emotiva quali il legame terapeutico o la percezione dell'utilità del trattamento (Cusack et al., 2006).

Le ricerche hanno tuttavia sottolineato come, anche qualora si sia in possesso di adeguate competenze emotive per riconoscere i sintomi, la maggior parte della popolazione presenta delle conoscenze gravemente carenti in merito ai disturbi mentali, a come prevenirli e curarli (Jorm, 2012; Gulliver et al., 2010).

Mentre nel corso degli anni si è registrato un aumento dell'attenzione generale sulle malattie fisiche in vista di un'educazione alla prevenzione e al benessere, con un'attenzione sempre crescente verso stili di vita salutari e documentazioni relative al riconoscimento precoce dei segnali della malattia, alle fonti di aiuto più appropriate a cui

rivolgersi e alle tipologie convenzionali e non di trattamento, questo non è avvenuto nel settore della salute mentale in cui, dai dati raccolti in merito, permangono tutt'oggi differenti lacune che nella maggior parte dei casi portano a rimandare o evitare la ricerca di aiuto e a considerare con diffidenza e sospetto i trattamenti proposti (Jorm, 2012). Ricerche condotte in diversi Paesi (tra cui Australia, Canada, India, Giappone, Svezia, Stati Uniti e Regno Unito) che consistevano nel presentare alle persone un quadro psicopatologico e in seguito chiedere loro di descrivere quale fosse il problema, hanno riscontrato una generale incapacità a riconoscere i sintomi presentati anche se con delle variazioni in base al quadro presentato e alla nazione di provenienza (Dahlberg et al., 2008; Jorm, Nakane et al., 2005; Kermode et al., 2009; Klineberg et al., 2010; Pescosolido et al., 2010; Wang et al., 2007).

Le altre variabili attitudinali prese in considerazione dalla review sono la **paura dello stigma** (per cui si rimanda al capitolo quarto) e le **attitudini e credenze negative** in merito alla richiesta di aiuto professionale per problemi emotivi e personali che, seppur in costante evoluzione, risultano ancora condivise anche dalla fascia più giovane della popolazione (Rickwood et al., 2005), tra cui in particolare la convinzione che il ricorso ad un professionista della salute mentale sia inutile o addirittura controproducente. Questa variabile è pregnante per i giovani adulti, in quanto è proprio il momento del ciclo di vita in cui gli atteggiamenti nei confronti della richiesta di aiuto psicologico sono più negativi (Mackenzie et al., 2014). L'atteggiamento non coincide con l'intenzione di richiedere un aiuto psicologico professionale, ma ne è l'antecedente e consiste nella valutazione di una persona circa le conseguenze della scelta di richiedere un aiuto psicologico. Si è visto, infatti, che infatti un atteggiamento favorevole e quindi positivo nei confronti della richiesta di aiuto psicologico correla con l'effettiva intenzione e successiva domanda (Reynders et al., 2014; Topkaya, 2014). L'atteggiamento nei confronti della richiesta d'aiuto, ha a sua volta diverse componenti: non solo, come abbiamo già visto, il riconoscimento del bisogno di un aiuto psicologico, la tolleranza allo stigma e l'apertura interpersonale, ma anche la fiducia negli operatori professionali (Fisher & Turner, 1970), variabile che sarà studiata nel quinto capitolo.

Sull'attitudine verso la richiesta d'aiuto, variabile analizzata in modo approfondito invece nel quarto capitolo, giocano un ruolo importante le eventuali esperienze avute in passato. Esperienze negative in cui si ha avuto la percezione di non essere stati presi seriamente in considerazione o in cui il ricorso ad un professionista non si è rivelato di aiuto per la

risoluzione dei propri problemi possono costituire delle barriere significative per la predisposizione a richiedere nuovamente aiuto in futuro.

La review di Gulliver e colleghi (2010), invece, ha preso in esame 15 studi qualitativi e 7 studi quantitativi inerenti le barriere alla richiesta d'aiuto in adolescenti e giovani adulti, reperiti attraverso una ricerca in PubMed, PsycInfo e attraverso il Cochrane database.

Le principali barriere emerse in questo lavoro, come si può vedere il Figura 1.4, sono in primis la paura dello stigma e l'imbarazzo, il bisogno di discrezione e confidenzialità, una difficoltà a riconoscere la natura psicologica di un sintomo, preoccupazioni rispetto ai professionisti della salute mentale e una sfiducia rispetto alle fonti d'aiuto, il desiderio di fare affidamento solo su di sé che si accompagna anche ad un incremento dell'utilizzo di materiale *self help*, seguite dalla difficile accessibilità dei servizi in termini di tempo, logistiche e costi; la paura dell'atto stesso di cercare aiuto, quindi la paura di fare una sorta di salto nel vuoto. Tra i fattori che facilitano la richiesta d'aiuto troviamo esperienze passate positive, il supporto sociale e l'incoraggiamento da parte della rete sociale di riferimento a rivolgersi ad un professionista della salute mentale.

Figura 1.4 Principali temi di ostacolo alla richiesta di aiuto nei giovani adulti e numero di studi in cui sono stati rilevati (Gulliver et al., 2010)

#	Barrier theme	Number of studies
1	Public, perceived and self-stigmatising attitudes to mental illness	10
2	Confidentiality and trust	6
3	Difficulty identifying the symptoms of mental illness	5
4	Concern about the characteristics of the provider	5
5	Reliance on self, do not want help	5
6	Knowledge about mental health services	4
7	Fear or stress about the act of help-seeking or the source of help itself	4
8	Lack of accessibility, e.g., time, transport, cost	4
9	Difficulty or an unwillingness to express emotion	3
10	Do not want to burden someone else	2
11	Prefer other sources of help (e.g., family, friends)	2
12	Worry about effect on career	1
13	Others not recognising the need for help or not having the skills to cope	1

Rispetto alla review precedente, questo lavoro approfondisce il ruolo di diverse variabili, già citate tra gli ostacoli nella popolazione generale e che hanno un peso specifico in questa fascia d'età.

Seguendo l'ordine proposto da Gulliver, il secondo tema che influenza la richiesta d'aiuto è il **bisogno di discrezione e confidenzialità**, che si esplica nel timore di rivelare questioni personali ed intime ad un estraneo. Il fatto di sentirsi a proprio agio nell'esternare ad altri informazioni private o legate a pensieri e sentimenti dolorosi è alla base del comportamento di richiesta di aiuto (Jourard, 1964). Le persone che mostrano la tendenza a camuffare e nascondere le proprie questioni personali presentano una minore inclinazione ad intraprendere una terapia (Kelly & Achter, 1995). I giovani in particolare si dimostrano per lo più reticenti nel condividere i dettagli più personali della propria vita con un estraneo e questo li porta a prediligere come fonti di supporto amici e parenti con cui si è stabilito nel tempo un solido rapporto di fiducia (Boldero & Fallon, 1995; Gulliver et al., 2010; Rickwood et al., 2007; Rickwood et al., 2005). In particolare per i giovani gli amici rappresentano gli interlocutori privilegiati con cui discutere i propri problemi relazionali mentre si rivolgono ai genitori per affrontare i problemi personali e agli insegnanti per gestire le difficoltà educative (Boldero & Fallon, 1995; Offer et al., 1991).

Sappiamo però che queste fonti di supporto informali non sono in grado di offrire ai giovani un aiuto appropriato (Rickwood et al., 2005). Gli amici e coetanei in particolare possono risultare impreparati nell'affrontare in modo efficace problemi personali o emotivi e perciò non possedere gli strumenti per fornire delle risposte adeguate al disagio psicologico vissuto dal soggetto. Si è inoltre riscontrato che i giovani che presentano delle difficoltà psichiche tendono a fare affidamento sui coetanei che a loro volta presentano gli stessi disturbi (Sarbornie & Kauffman, 1985) e questo li porta a sviluppare amicizie che spesso implicano aspetti di conflitto, distorsione cognitiva e strategie carenti di problem solving socio-cognitivo (Marcus, 1996). Il trend di richiesta di aiuto, tuttavia, sembra variare in base alla tipologia di problema che si sta affrontando. Infatti è stato riscontrato che mentre le reti di sostegno informale rappresentano la fonte di aiuto privilegiata per problemi emozionali e personali, di fronte a tendenze suicide o problemi legati all'abuso di sostanze stupefacenti i giovani preferiscano rivolgersi a servizi di aiuto che operano in forma telefonica o via internet in modo da mantenere l'anonimato, evitare di preoccupare i familiari e tutelarsi da sentimenti di paura e vergogna nei confronti dei propri pari (Rickwood et al., 2005).

Tutti questi aspetti potrebbero essere connessi ad un'altra tematica proposta nella review, cioè l'aderenza ai ruoli sociali che enfatizzano la forza e **l'autonomia personale** (Mackenzie et al., 2006; Berger et al., 2005; Sirey et al., 2001; Gonzalez et al., 2005,

Dubow et al., 1990; West et al., 1991; Koydemir et al., 2010; Topkaya, 2015; Mojtabai et al., 2011). Soprattutto i giovani sembrano subire il peso di questa forte aspettativa sociale all'autonomia e all'indipendenza che li porta a contare unicamente su se stessi per superare le difficoltà legate alla propria salute mentale piuttosto che cercare un aiuto esterno (Gulliver et al., 2010; Rickwood et al., 2007; Farrand et al., 2006). Le ricerche hanno mostrato come per molte persone il fatto di dover ricorrere all'aiuto di un esperto implichi una sorta di ammissione di debolezza e di incapacità ad affrontare i propri problemi da soli (Fisher et al., 1982 citato in Vogel et al., 2007) che può danneggiare la propria autostima (Miller, 1985). Il senso di imbarazzo, inferiorità e incompetenza che ne deriverebbe può avere un forte peso nell'ostacolare la decisione di ricorrere ad un aiuto esterno.

La **difficoltà a riconoscere la natura psicologica di un sintomo** è legata alla prima fase del processo descritta da Vogel e potrebbe in qualche modo connettersi con il più generale concetto di competenza emotiva, ripreso nel quarto capitolo.

Le preoccupazioni rispetto ai professionisti della salute mentale e una **sfiducia rispetto alle fonti d'aiuto**, riassumibili nel più generale tema della percezione delle figure d'aiuto, tra cui quella psicologica, e le **conoscenze rispetto ai servizi di salute mentale**, rispettivamente quarta e sesta tematica presentata nella review sono approfonditi nel prossimo paragrafo, e saranno oggetto di studio della ricerca presentata nel quinto capitolo.

1.4.4 La percezione delle figure professionali di aiuto

Il tema dell'immagine pubblica degli psicologi è stato oggetto d'attenzione da parte dell'American Psychological Association (APA) per tutta la seconda metà del ventesimo secolo (Farberman, 1997). Per ottenere un più accurato quadro rispetto a questo tema, i ricercatori si sono concentrati sull'indagine delle conoscenze che le persone avevano in merito agli psicologi nonché agli atteggiamenti verso questi ultimi. Già nel lavoro di Guest (1948) "The public's attitudes toward psychologists. American Psychologist", venivano indagati gli atteggiamenti verso gli psicologi e confrontati con quelli verso ingegneri, architetti, economisti e chimici. Anche se quasi il 62% degli intervistati ha riportato una buona impressione verso gli psicologi, tale occupazione non rientrava tra quelle desiderate per i propri figli in quanto lontana dal garantire un certo

prestigio sociale e un adeguato sostentamento economico. Successive ricerche, hanno evidenziato l'iter positivo rispetto alla percezione dello psicologo e si è iniziato a registrare anche una maggior precisione rispetto alla conoscenza del lavoro svolto dallo psicologo: ad esempio mentre Guest descriveva una marcata difficoltà nel distinguere tra psicologo e psichiatra, successive ricerche hanno rilevato una maggior capacità di discernere l'una dall'altra percependole come due distinte figure (Thumin & Zebelman, 1967). I risultati di questi primi studi, lungi dall'essere realizzati con strumenti standardizzati, sono difficilmente generalizzabili, inoltre la figura dello psicologo veniva confrontata con quella dei più disparati professionisti (dentisti, ingegneri, etc...) facendo emergere come la professione dello psicologo venisse considerata meno desiderabile di altre, ma fornendo altresì scarse informazioni in merito all'immagine sociale dei professionisti della salute mentale (Webb & Speer, 1986).

Le ricerche sono proseguite cercando di comprendere quanto gli intervistati conoscessero riguardo ai domini di competenza dello psicologo, in quanto da indagini passate si evinceva come spesso la professione dello psicologo venisse vista come "priva di ruolo". Già nel 1959 Tallent & Reiss, segnarono quanto la valutazione tra psicologo e psichiatra fosse problematica: i primi erano percepiti alla stregua di insegnanti e non esperti di malattie mentali a differenza di quanto accadeva invece con gli psichiatri. La ricerca di Webb e Speer (1985), adottò un nuovo strumento di analisi che prevedeva la realizzazione di un breve saggio descrittivo riguardo a psicologi, psichiatri, medici, counselor, scienziati ed insegnanti. I risultati dimostrarono come gli intervistati confondessero la figura dello psicologo con quella di counselor e insegnanti: gli psichiatri erano percepiti come adatti a trattare fenomeni anormali di psicopatologia, mentre il campo di intervento dello psicologo, del counselor e degli insegnanti sarebbe maggiormente legato a fenomeni di normalità. I risultati riferibili alla gradibilità posizionano gli psicologi leggermente dietro agli psichiatri e davanti a medici, counselor insegnanti e scienziati. Schindler e colleghi (1987), confrontando 4 figure di aiuto (psichiatra, psicologo, medico e sacerdote) hanno riscontrato come gli psichiatri fossero ritenuti più competenti degli psicologi rispetto alla severità di un disturbo: questo aspetto era pertanto in grado di dirigere la ricerca del professionista cui affidarsi. A testare l'ipotizzata preferenza in favore degli psichiatri furono Warner e Bradley (1991) i quali hanno adottato una procedura che prevedeva la valutazione di alcune vignette ritraenti situazioni di sofferenza psichica. Gli autori confermarono la mancanza di informazioni rispetto agli ambiti di competenza dello

psicologo, nonostante i partecipanti della ricerca fossero studenti universitari di psicologia. Anche Wollersheim & Walsh (1993), realizzarono uno studio a partire dai metodi sviluppati da Webb & Speer (1986), Wood e colleghi (1986), e Warner & Bradley (1991) per studiare come le persone valutavano le varie figure implicate nella salute mentale (in questo caso, psichiatra, psicologo e counselor). Lo psichiatra risultò la professione più competente e pertanto vista come più adeguata al trattamento dei disturbi più gravi, tuttavia psicologo e counselor ricevevano punteggi maggiori rispetto alle doti empatiche (amichevole, buon ascoltatore, di aiuto, ecc...).

In uno studio successivo (Fall et al., 2000), tale procedura venne ripresa ed arricchita: si proposero una maggior varietà di professionisti della salute mentale, fu usato un campione pubblico casuale e si cercò di simulare quella che sarebbe l'eventuale scelta di un professionista piuttosto che di un altro. Anche in questo caso gli psichiatri erano indicati come la preferenza migliore per disturbi severi, ma ricevevano punteggi pressoché in linea con gli altri professionisti esaminati, anche per gli altri disturbi. Gli autori suggeriscono che questo possa dipendere dall'identità dello psichiatra che pare essere maggiormente delineata rispetto a quella degli altri professionisti valutati. Nel 1998, Sydow & Reimer pubblicarono un'analisi che cercava di riassumere le ricerche inerenti l'immagine e gli atteggiamenti verso i professionisti della salute mentale svolte fino a quel momento: il risultato fu una meta analisi di 60 lavori svolti tra il 1948 ed il 1995. La ricerca ha cercato di scindere i risultati differenziando quelli derivanti da strumenti standardizzati rispetto a dati provenienti da altri strumenti e contesti, quali i mass media. Ciò che emerge non si discosta dall'analisi sin qui vista: i medici sono percepiti di status più elevato e gli psichiatri sono individuati come i maggiori esperti di malattie mentali, gli psicoterapeuti sono riconosciuti come empatici, pertanto più caldi rispetto ai restanti professionisti coi quali sono stati confrontati. Singolare era il resoconto derivante dall'influenza dei media che dipingevano gli psicoterapeuti come persone a loro volta problematiche e pertanto poco affidabili.

È interessante osservare come alcuni studi evidenzino un'apparente riluttanza alla consultazione psicologica e quand'anche i professionisti della salute mentale vengano considerati un'importante servizio capace di rispondere alla richiesta di aiuto, si ritiene che lo sforzo (anche economico) non sia adeguatamente ricompensato dai benefici (Wearing, 1993).

Webb (1989), suggerisce che la comprensione di tali risultati debba essere cercata nella metodologia utilizzata per queste ricerche: questioni poste in modo diretto tendono infatti ad elicitare gli stereotipi, pertanto risposte ottenute mediante tale tipo di interrogazione altro non rifletterebero se non questi. Misure indirette (derivanti dunque dalle valutazioni di diversi aspetti riconducibili al tema indagato) promuovono invece la riflessione incoraggiando un esame più profondo e restituendo pertanto un parere più personale. Questa critica metodologica pare essere stata confermata nello studio australiano operato da Hartwig & Delin (2003), i quali hanno testato tale tesi confrontando i dati provenienti dalla loro ricerca e rilevati appunto sia con misure dirette che indirette: le misure indirette restituivano un'immagine più favorevole dello psicologo rispetto alle altre. Inoltre è stato riscontrato un atteggiamento di maggior positività in persone che avevano avuto un contatto diretto con un professionista della salute mentale. L'opinione delle persone riguardo agli psicologi sembra infatti essere legata anche alle attività che si ritengono svolte dal professionista ed a quanto si conosce di esse.

Diventa dunque significativo osservare come alcune ricerche attuali illustrino quanto le persone siano ancora largamente disinformate riguardo al ruolo dello psicologo, delle sue competenze e in qual misura la psicologia in genere sia etichettata come non scientifica, lasciando così aperta la comoda via del discredito (Ferguson, 2015; Lilienfeld, 2012).

Un' importante risposta che affronta questi temi, potrebbe venire dai risultati recentissimi di Cordella et al. (2016): in questo lavoro sono state sondate le percezioni di pazienti che hanno avuto un contatto con lo psicologo inserito nell'ambulatorio del proprio medico di base, confrontandole rispetto ad altre che hanno usufruito dei classici servizi sanitari rappresentati dal medico di base che lavora in maniera autonoma. Sono state testate le seguenti ipotesi:

- I pazienti che consultano un medico che riceve vicino allo psicologo (indipendentemente dal fatto che il paziente incontri quest'ultimo) hanno maggiori probabilità di avere una positiva percezione dello psicologo rispetto ai pazienti che consultano un medico che lavora da solo? La variabile predittrice in questa ipotesi è l'approccio del medico ed il risultato è la percezione dello psicologo. Il presupposto è che quando i medici si trovino a lavorare in presenza di uno psicologo, il loro approccio al disagio psicologico muti in modo tale da influenzare la percezione che il paziente ha verso lo psicologo. Ovvero è la presenza del medico ad influenzare la percezione che i pazienti hanno dello psicologo.

- I pazienti che hanno consultato il medico insieme allo psicologo hanno maggiori probabilità di avere una percezione positiva degli psicologi rispetto ai pazienti che si sono rivolti ad ambulatori classici in cui il medico lavora da solo. La variabile predittiva in questa ipotesi è la consultazione comune, mentre il risultato è la percezione che il paziente ha dello psicologo. L'assunzione è che la consultazione congiunta fornita da psicologo e medico colpisca la percezione del paziente, ovvero la consultazione congiunta influenzi la percezione del paziente rispetto allo psicologo.

Per lo studio sono stati reclutati 227 partecipanti ed i dati sono stati prodotti e raccolti in quattro ambulatori: in due di essi, una volta a settimana, hanno lavorato congiuntamente psicologo e medico, mentre negli altri due il medico ha effettuato le visite da solo, secondo la procedura classica. La percezione del ruolo dello psicologo è stata valutata attraverso una domanda aperta: "Può dirci cosa pensa degli psicologi? (es: quali problemi affrontano psicologi? Quando dovrebbe essere consultato uno psicologo? Che cosa fa uno psicologo?)".

I risultati mostrarono che il 65% dei partecipanti riteneva che lo psicologo affrontasse problemi della vita quotidiana mentre il 93% considerava lo psicologo di utilità generale. Sia il gruppo sperimentale, sia quello di controllo avevano una percezione positiva dell'utilità e dei temi trattati dallo psicologo: questo potrebbe suggerire che le persone stiano gradualmente superando lo stigma legato allo psicologo come figura associata esclusivamente alla malattia mentale.

Tuttavia, solo il 28% ha considerato lo psicologo come utile a sé stessi, mentre il restante 72% del campione esaminato riteneva che il medesimo fosse utile ad altri piuttosto che a loro stessi.

Per quanto riguarda sia l'utilità dello psicologo che le questioni affrontate nei colloqui, non emerse nessuna differenza significativa tra gruppo di controllo e sperimentale; tuttavia, pazienti che parteciparono a consultazioni congiunte, incrementarono di quattro volte la probabilità di percepire una personale rilevanza verso lo psicologo, rispetto a quelli che consultarono solo il medico. I risultati non supportano l'ipotesi secondo cui l'approccio del medico influenzi la percezione del paziente rispetto allo psicologo, mentre viene parzialmente supportata la seconda ipotesi ovvero che la consultazione congiunta sia capace di agire modificazioni nella percezione dei pazienti nei confronti degli psicologi.

È emerso, infatti, che i pazienti che vedevano congiuntamente (nel medesimo ambulatorio) medico di base e psicologo riportavano atteggiamenti più positivi verso quest'ultimo considerandolo utile per loro stessi. Tra l'altro, vedere congiuntamente medico e psicologo, ha il vantaggio di ridurre lo stigma e gli stereotipi che si accompagnano alla consultazione psicologica; viene infatti meno l'eventuale "invio dallo specialista" ed il colloquio psicologico assume la forma di normale pratica ascrivibile alle routinarie consultazioni mediche. Come suggerito dalla teoria del contatto (Allport, 1954; Brown & Hewstone, 2005) è il contatto diretto con lo psicologo che contribuisce alla riduzione di stereotipi e pregiudizi. Nonostante solo un terzo dei partecipanti allo studio ha ritenuto utile per se stessi l'eventuale consulenza con lo psicologo, indicando come che le figure di aiuto psicologico siano ancora poco prese in considerazione, suggerisce però un'importante pratica la cui adozione potrebbe essere di valido supporto al fine di rendere lo psicologo maggiormente fruibile. Questo tema sarà ben approfondito nel secondo capitolo, in cui saranno discussi gli importanti esiti che l'istituzione dello psicologo nelle cure primarie porterebbe in termini di superamento delle barriere alla richiesta di aiuto, indicandolo come quella che potrebbe diventare una figura all'avanguardia nella salute mentale.

1.5 Fattori in grado di agevolare la richiesta di aiuto

Oltre all'indagine delle barriere che possono fungere da ostacolo nel processo di richiesta di aiuto psicologico la letteratura si è occupata di analizzare quali possano essere i fattori in grado di facilitare e incoraggiare il ricorso ad un professionista della salute mentale. Innanzitutto, alcuni ostacoli descritti in precedenza, se posti dalla parte opposta del continuum, possono rappresentare un elemento di facilitazione.

Per esempio, se uno scarso repertorio di competenze emotive costituiva un impedimento alla richiesta di aiuto possiamo affermare che alti livelli di competenza emotiva possono fungere da agevolazione in questo processo (Rickwood et al., 2005). Il fatto di essere consapevoli del proprio mondo emotivo interiore e di saper esprimere a parole i propri sentimenti alle altre persone rappresenta un importante elemento a favore di un'attitudine positiva nei confronti della richiesta di aiuto psicologico (Ciarrochi et al., 2003). Un altro elemento che può favorire la richiesta di aiuto è costituito dall'aver avuto delle esperienze passate positive con un professionista della salute mentale e riconoscere di aver ottenuto

l'aiuto necessario a risolvere un problema personale (Gulliver et al., 2010; Rickwood et al., 2005; Deane & Todd, 1996). Maggiore è la percezione che la psicoterapia compiuta in passato sia stata utile, maggiore è la probabilità che la persona in futuro intenda perseguire nuovamente questa strada in caso di necessità (Bayer & Peay, 1997). Secondo uno studio di McKenna & Todd (1997) circa il 60% delle persone che richiedono una psicoterapia hanno già intrapreso questo percorso in passato.

Hanno inoltre un ruolo positivo anche le esperienze vissute indirettamente o di riflesso da parte di amici o conoscenti (Vogel et al., 2007). Come sottolineato in precedenza, le persone spesso sono preoccupate, hanno idee distorte o non sanno cosa aspettarsi dall'incontro con un professionista. Queste esperienze o racconti permettono loro di farsi un'idea più realistica di cosa avvenga nel concreto in queste situazioni e di superare gli stereotipi sulla salute mentale. In merito a questo, molti studi hanno constatato come vi sia una generale mancanza di conoscenza rispetto all'area della salute mentale, dei servizi disponibili sul territorio e soprattutto della differenza di ruolo ricoperta dalle molteplici figure professionali a cui è possibile rivolgersi (Jorm, 2012; Jorm et al., 1997; Gulliver et al., 2010). Di converso è importante rimarcare quanto possa essere determinante per avviare il processo di richiesta di aiuto il fatto di sapere come, dove e a chi rivolgersi in caso di bisogno e di possedere un'ampia cultura della salute mentale che includa la conoscenza dei diversi quadri sintomatologici e delle condizioni che richiedono un intervento professionale (Jorm et al., 1997).

Oltre alle conoscenze personali possono avere un ruolo determinante anche le spinte ottenute dalle proprie cerchie relazionali (Vogel et al., 2007). Vogel e collaboratori (2007) in una loro ricerca riportano che tra coloro che si erano rivolti a servizi di salute mentale il 75% nel primo studio e il 78% nel secondo erano stati sollecitati a farlo e inoltre tra questi il 92% e il 95% conosceva qualcuno che aveva cercato un aiuto psicologico. In presenza di una condizione di distress psicologico, infatti, è stato riscontrato come le persone tendano a condividere le proprie preoccupazioni con i membri della propria rete sociale prima di richiedere un intervento psichiatrico (Horwitz, 1977) e le ricerche hanno confermato che il giudizio dei propri pari in merito alla gravità dei sintomi e alla necessità di rivolgersi ad una figura professionale può risultare decisivo (Freidson, 1961). In particolare per gli adolescenti e i giovani risulta determinante l'influenza dei genitori (Logan & King, 2001), in età adulta quella del proprio partner (Tudiver & Talbot, 1999; Cusack et al., 2004) e infine per tutte le fasce di età negli ultimi anni sta emergendo

sempre più l'importanza della mediazione del medico di base come figura in contatto con diverse fasce della popolazione in grado di indirizzare verso un aiuto specialistico (Rickwood et al., 2005; Cusack et al., 2004). Lo stigma associato al ricorso al medico di base in una situazione di bisogno è risultato meno preponderante in quanto per la maggior parte delle persone *“la malattia fisica è considerata come qualcosa di inevitabile per tutti, prima o poi, parte integrante della vita comune”* (Solano, 2011, p. 32), mentre il disagio psicologico è ritenuto proprio di una parte limitata della popolazione e spesso associato ad una qualche “colpa” personale (Abe-Kim & Takeuchi, 1996; Christensen, Birk, Brooks, & Sedlacek, 1976). Infine, poiché è stato riportato più volte in letteratura che il contatto diretto con lo psicologo possa favorire un atteggiamento positivo verso di esso, ci si è chiesto se l'introduzione della figura psicologica nelle cure primarie possa divenire nel tempo una fattore in grado di agevolare la richiesta d'aiuto.

Capitolo secondo: LO PSICOLOGO NELLE CURE PRIMARIE

*“Si fa questo sbaglio tra gli uomini
che taluni cercano d’essere medici dell’uno o dell’altra cosa separatamente,
o della saggezza o della salute”*

Platone

2.1 La psicologia di cure primarie

Come affermato di Nicholas Cummings (1997), ex presidente dell’APA a metà degli anni novanta, *“la psicologia di cure primarie sarà la nuova frontiera per gli psicologi”*. Si tratta di un cambiamento rivoluzionario, che porta la psicologia ad adottare una visione d’intervento psicologico più aperta, più moderna, in una cornice d’intervento che permetta efficienza ed efficacia.

La sfida è di aprire alla psicologia una nuova strada per un vecchio obiettivo: già nel 1946, infatti, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva definito la salute come *“uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale e non mera assenza di malattia o infermità”*. Nella storica dichiarazione dell’OMS nella conferenza di Alma Ata del 1978 le cure primarie vengono così definite:

“L’assistenza sanitaria di base è quell’assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i Paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione. L’assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del Sistema Sanitario Nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. E’ il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l’assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria.”

Le cure primarie costituiscono quindi la prima occasione di contatto di individui, famiglie, comunità con il servizio sanitario, e sono la forma di cura sanitaria più vicina e accessibile per il cittadino (Liuzzi, 2010): rappresentano il primo elemento di un processo continuo di

assistenza, portandola il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro del cittadino, fungendo da filtro tra la popolazione e le cure specializzate. La maggior parte dei pazienti che chiedono aiuto per problemi di salute mentale si rivolge infatti a livello di cure primarie (Walker & Collins, 2009): molti pazienti, inoltre, sono visti solo a questo livello, ma accade spesso che i loro disturbi non siano diagnosticati (Üstün & Sartorius, 1995).

Il sistema di cure primarie si dovrebbe fondare su alcuni concetti fondamentali, quali l'accessibilità, la continuità assistenziale, l'equità sociale di tutti i cittadini rispetto alle cure sanitarie, incluse quelle di salute mentale (WHO, 1990). L'obiettivo fissato dall'OMS per l'anno 2000 era infatti condensato nello slogan "Salute per Tutti". Ivbijaro et al. (2008) hanno evidenziato quanto le cure primarie, nel momento del loro lancio fossero importanti innanzitutto per i Paesi in via di sviluppo.

Come riportato nel piano per la salute mentale (OMS, 2013-2020), le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità notevolmente più elevati rispetto alla media. Persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità del 40-60% maggiore rispetto al resto della popolazione di morte prematura, a causa di problemi di salute fisica, che spesso non vengono affrontati (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da HIV), e di suicidio. Esso è la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale. L'implementazione delle cure primarie nel servizio sanitario ha una relazione diretta con la diminuzione della mortalità totale, della mortalità prematura, e della mortalità legata alle principali patologie cardiocircolatorie e respiratorie (Atun, 2004). Nelle nazioni in via di sviluppo le cure primarie sono fondamentali per erogare misure sanitarie di base, promuovere stili di vita più salutari, campagne di vaccinazione, strategie di controllo delle epidemie, programmi di educazione alla salute, portando a un miglioramento delle condizioni di vita e un aumento dell'aspettativa di vita. Se per le nazioni in via di sviluppo, quindi, l'obiettivo era, in linea con la dichiarazione Alma Ata, garantire l'estensione delle cure sanitarie a porzioni sempre più ampie di popolazione, essere accessibili, costo-efficaci e caratterizzate dalla partecipazione di differenti settori della società, per le nazioni industrializzate le cure primarie hanno assunto un significato diverso, in quanto sono parte di un sistema di cure a più livelli e diventano lo strumento principe di integrazione dei diversi livelli di cura.

Anche nelle società più avanzate lo slogan "*salute per tutti*" rimane però un obiettivo ancora da raggiungere. Si pensi agli Stati Uniti dove l'aspettativa di vita varia moltissimo

a seconda dell'appartenenza alla comunità bianca, nera o ispanica, sulla base della possibilità di un minore o maggiore accesso al servizio sanitario statunitense, basato fondamentalmente sulla medicina privata specialistica.

Abbiamo già detto che, ad oggi, i disturbi mentali rappresentano il 13% delle patologie sanitarie nel mondo. Il 75-86% della popolazione dei paesi in via di sviluppo con disturbi mentali severi, e il 30-35% della popolazione delle nazioni industrializzate, non ha ricevuto cure mentali nei dodici mesi precedenti (Ivbijaro & Funk, 2008).

La depressione da sola rappresenta il 4,3% del carico globale di malattia ed è una delle principali cause di disabilità a livello mondiale (11% degli anni di vita vissuti con una disabilità nel mondo intero), particolarmente nelle donne. Secondo l'OMS la depressione diventerà, nel 2020, la seconda causa di disabilità mondiale dopo le patologie cardiache. Proiezioni statistiche indicano che nel 2020, nel pianeta, la depressione maggiore sarà la seconda patologia invalidante più diffusa nel mondo (78,7%), dopo l'ischemia miocardica (Murray & Lopez, 1997).

Tabella 2.1. Proiezione who sulle cause di disabilità (DALYd) nel 2020.

Fonte: adattata da Murray & Lopez (1997)

Cardiopatie ischemiche	82,3
Depressione unipolare	78,7
Incidenti stradali	71,2
Malattie cerebrovascolari	61,4
Pneumopatie ostruttive	57,6
Infezioni respiratorie	42,7
Tubercolosi	42,5
Danni fisici delle guerre	41,3
Malattie intestinali	37,1
HIV	36,3

I sistemi sanitari non hanno ancora trovato risposta al carico rappresentato dai disturbi mentali; di conseguenza, in accordo con l'European Mental Health Action Plan (EMHAP 2013-2020), vi è un grande divario, a livello mondiale ed europeo, tra il bisogno e l'offerta di cure. L'OMS recentemente (2008) ha affermato che *“ciò che bisogna fare è chiaro. I grandi ospedali psichiatrici devono essere chiusi, e la cura e i trattamenti relativi alla salute mentale devono essere erogati dalle cure primarie”*. L'OMS ha affermato con forza che la cura della salute mentale deve essere praticata all'interno dei setting di cure primarie, da tutti gli operatori sanitari che operano al primo livello di cure.

2.1.1 L'European Mental Health Action Plan 2013-2020 (EMHAP)

Pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2013 col titolo “Mental Health Action Plan 2013-2020”, questo piano d'azione globale, sviluppato in stretta consultazione con gli Stati Membri sotto la guida del Comitato Permanente del Comitato Regionale OMS per l'Europa, propone azioni efficaci e integrate volte a migliorare la salute e il benessere mentale nella Regione Europea.

Il Piano d'Azione riconosce il ruolo essenziale della salute mentale ai fini della realizzazione dell'obiettivo della salute per tutti. Si basa infatti su un approccio che dura tutta la vita, che punta a raggiungere l'uguaglianza attraverso la copertura sanitaria universale e che sottolinea l'importanza della prevenzione.

Definisce quattro obiettivi principali:

- a) tutti hanno le medesime opportunità di ottenere il benessere mentale a qualsiasi età e ciò vale in particolare per i soggetti più vulnerabili o a rischio;
- b) le persone con problemi di salute mentale sono cittadini che vedono perfettamente riconosciuti, protetti e promossi i loro diritti umani;
- c) i servizi di salute mentale sono accessibili anche dal punto di vista finanziario, competenti e a disposizione della collettività in base al bisogno;
- d) le persone hanno diritto a una terapia rispettosa, sicura ed efficace.

Definisce inoltre tre obiettivi trasversali:

- e) i sistemi sanitari forniscono valide cure per la salute fisica e mentale di tutti;
- f) i sistemi per la salute mentale collaborano e si coordinano con altri settori;
- g) la governance per la salute mentale e l'erogazione dei servizi sono basati su informazioni e conoscenze attendibili.

Nel documento vengono indicate alcune linee guida relativa all'erogazione dei servizi nelle cure primarie, che riporto di seguito.

Le cure primarie devono erogare i trattamenti per i comuni disturbi mentali, accessibili a tutti i gruppi della popolazione, appropriati per differenti gruppi di età, senza barriere economiche. I servizi per la salute mentale devono quindi tutelare i diritti delle persone con problemi di salute mentale, favorendone l'integrazione, prevenendone la discriminazione e la stigmatizzazione. I servizi di cure primarie sono inoltre pensati in luoghi accessibili e devono fornire attività di: promozione, prevenzione, diagnosi precoce

dei disturbi mentali, trattamento, supporto psicologico a bassa soglia di accesso, invio. La diagnosi deve essere attuata con procedure di assessment unificate tra le agenzie della salute mentale e di assistenza sociale, usando definizioni e terminologia concordate a livello internazionale. Tutti i trattamenti erogati devono essere terapeutici, efficaci, sicuri, erogati in base ai criteri di efficienza ed equità, considerando le preferenze degli utilizzatori e delle loro famiglie. I trattamenti devono essere condotti secondo standard etici confermati dalle associazioni professionali. Il personale dipendente è aggiornato rispetto alle evoluzioni. Il disegno, l'allocazione delle risorse, la fornitura, il monitoraggio e la valutazione dei servizi coinvolge la partecipazione, supportata anche economicamente, e la valorizzazione delle competenze degli utenti, dei loro familiari e delle associazioni di protezione degli utenti.

Per quanto riguarda i destinatari, gli interventi erogati si devono distribuire lungo l'intero ciclo di vita:

- a) lungo il corso della vita (prevenzione suicidi, attività anti-stigma)
- b) all'inizio della vita (sostegno alla famiglia, pre/post partum, abilità genitoriali, valorizzare la casa come ambiente di apprendimento, prevenzione dei traumi psichici nei bambini anche attraverso lo screening per la violenza domestica e l'abuso di alcool)
- c) istruzione e abilità (promozione della salute mentale nelle scuole, dell'apprendimento continuo, rilevazione dei problemi emotivi, interventi sul bullismo, deprivazioni, esclusione)
- d) impiego (gestione dello stress lavoro correlato e psicosociale, bilancio vita-lavoro, reinserimento lavorativo)
- e) salute della comunità (alimentazione sana ed attività sportiva per tutti i gruppi di età, luoghi salubri, contatto con la natura)
- f) dignità nella terza età (inclusione, e-learning, social networks, programmi precoci di intervento).

L'accesso alle cure, incluse quelle specialistiche, deve avvenire attraverso una procedura di valutazione integrata. La valutazione dei servizi deve essere basata: sull'implementazione di mezzi concordati per la valutazione del benessere e delle sue determinanti, in aggiunta alla valutazione del disturbo mentale; su parametri internazionali che definiscono gli standard di cura. La valutazione della qualità e della sicurezza deve inoltre essere attuata da parte di agenzie indipendenti, attraverso reports trasparenti, e gli

utilizzatori dei servizi ed i loro familiari devono essere parte integrale del controllo di qualità.

2.2 Le conseguenze economiche della malattia mentale

La risposta tardiva e non adeguata al problema psicologico del paziente comporta spesso la persistenza e il peggioramento dei sintomi, con disagio della persona e con una spesa maggiore per il servizio sanitario (Solano, 2010).

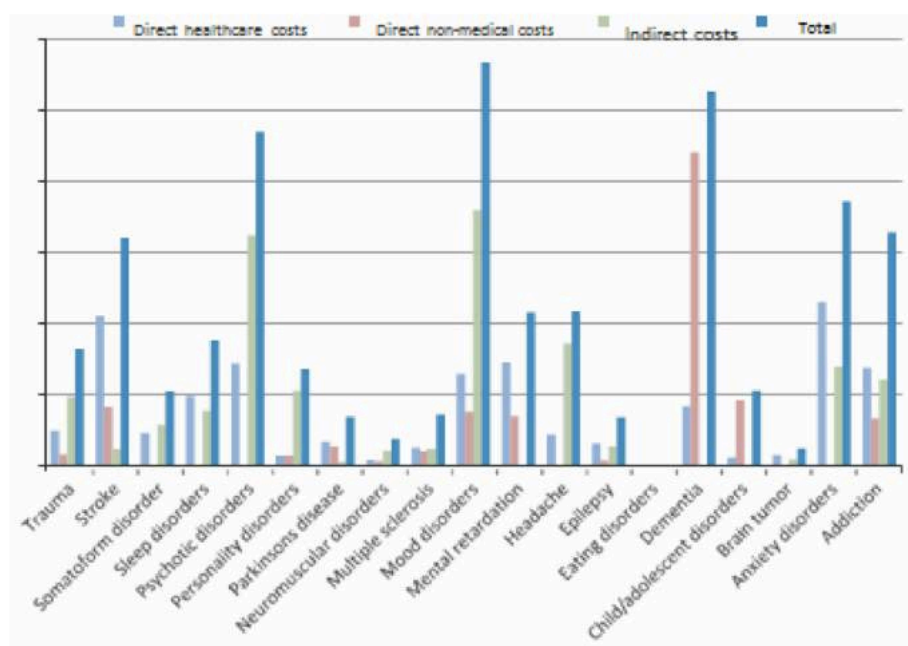
Questo lavoro di tesi non ambisce a proporre una disamina esaustiva dei costi relativi alla salute mentale, ma le conseguenze economiche di queste condizioni di compromissione della salute sono importanti e non possono non essere considerate: emerge infatti che l'impatto cumulativo dei disturbi mentali a livello mondiale in termini di perdita della produzione economica ammonterà a 16.300 miliardi di dollari tra il 2011 e il 2030 (Mental Health Action Plan, 2013-2020). La letteratura internazionale evidenzia che i disturbi mentali rappresentano circa il 20% delle spese per la salute nei paesi sviluppati e questa percentuale è prevista in aumento nel prossimo futuro (WHO, 2005); inoltre i disturbi psichici e neurologici rappresentano un terzo del peso di tutte le malattie della "parte ricca del mondo" (Olesen & Leonardi, 2003).

In accordo con l'OMS, il costo economico delle malattie, che deriva da prescrizioni di farmaci psicoattivi, consultazioni mediche, servizi di emergenza, nonché dall'assenteismo sul lavoro e dai congedi per malattia, sta diventando un parametro sempre più importante per le politiche della salute e della ricerca. L'European Brain Council (EBC) è una federazione di organizzazioni a livello europeo che s'interessa della mente e dei suoi disturbi e ha svolto studi sul costo economico dei disturbi mentali in Europa, con la presenza di esperti in epidemiologia ed economi della salute. Lo studio di Olesen e colleghi (2012) ha riguardato tutti gli stati membri dell'Unione Europea (UE): sono stati inclusi i costi diretti della salute mentale, valutati tramite i dati della spesa dell'assistenza sanitaria, i costi diretti non medici con i dati riferiti al prodotto interno lordo e i costi indiretti di tutte le risorse usate o perse a causa della malattia.

Il costo per individuo con disturbo mentale è altamente variabile a seconda del disturbo: per una persona con disturbo neuromuscolare per esempio è stato stimato un costo di 30.000€ l'anno e per un soggetto con cefalea 285€. Disturbi dell'umore (disturbo bipolare

e depressione maggiore), demenza e ictus sono i più comuni così come più costosi (Figura 2.2).

Figura 2.2: Costi assoluti e tipologia di costi in Europa per i 19 disturbi mentali considerati (in miliardi di € nell'anno 2010). Fonte: Olesen et al., 2012.



Il presente studio ha mostrato come il costo totale dei 19 disturbi mentali considerati (disturbi psicologici e neurologici) nel 2010 è stato di € 798 miliardi in Europa. La maggior parte del costo stimato dei disturbi mentali sono stati per il 60%, costi diretti suddivisi in costi per l'assistenza sanitaria di 296 miliardi di euro e costi diretti non medici (come le case di riposo) 186 miliardi di €, i costi indiretti (come assenteismo sul lavoro, pensioni ecc.) hanno riguardato 315 miliardi di €, costituendo il restante 40%. Gli autori affermano che il numero di diagnosi di disturbi mentali in un anno è stato di 380 milioni in Europa. Questo non è il numero di persone colpite in quanto molti individui possono avere due o più diagnosi (Olesen et al., 2012).

La cifra totale annua dei costi di disturbi mentali (798 miliardi di euro) rende evidente che questi disturbi sono la più grande sfida di salute del secolo, presentando una grave minaccia per i sistemi sociali e sanitari oltre che per il futuro dell'economia europea. Inoltre, la prevalenza e il costo delle malattie mentali stanno aumentando a causa della

crescente aspettativa di vita. In particolare aumenterà il numero di pazienti con malattie neurodegenerative, ictus, depressione e ansia (Olesen et al., 2012).

Gli ostacoli di tipo economico evidenziati dalla letteratura internazionale, hanno elementi di ulteriore complessità nel panorama sociale italiano. In Italia i servizi psicologici sono forniti gratuitamente a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), solo per patologie con diagnosi psichiatrica o nei casi di persone con comorbidità di tipo organico (come esenzioni per patologie croniche come l'insufficienza renale grave o le patologie oncologiche). I servizi pubblici danno spesso la possibilità di compiere un percorso psicologico o psicoterapeutico pagando un ticket contenuto. Nonostante il costo ridotto (intorno alle 10-20 € a seduta, di solito) questo può essere comunque un ostacolo sia per la ridotta disponibilità economica, che per la necessità di un aumento del livello di motivazione per intraprendere la consultazione (Stewart et al., 2012). Inoltre per le psicoterapie in istituzioni pubbliche, è presente un problema di liste di attesa che rappresentano un'ulteriore barriera per l'effettivo svolgimento della consultazione. La psicoterapia privata al contempo ha dei tempi di attesa ridotti, ma rappresenta un'alternativa costosa per le persone che ne avrebbero bisogno (Molinari, 2014).

Nutt & Goodwin (2011) in un summit sui disturbi mentali riportano che sarebbe necessaria una maggiore attenzione alle strategie di ricerca, alla prevenzione e alla cura, come la riduzione nel futuro dei costi dei disturbi mentali. A tal proposito è stato dimostrato che l'introduzione di interventi psicologici nella cura primaria può ridurre in modo significativo i costi sanitari e sociali relativi ai disturbi mentali. Anche se il costo dei trattamenti psicologici potrebbe sembrare elevato a causa della presenza di psicologi formati, questo tipo di interventi risulta più conveniente nel lungo termine, rispetto ai costi cumulativi degli psicofarmaci (Jauregui et al., 2015). Pertanto come vedremo nel capitolo terzo che approfondisce le varie esperienze implementate, è stato dimostrato che la figura dello psicologo inserita nel contesto di cure primarie e di medicina generale è in grado di ridurre notevolmente i costi sanitari riferiti all'utilizzo dei farmaci, delle analisi cliniche e dei costi diretti e indiretti dovuti alla cronicizzazione dei disturbi psicologici (Felaco, 2011).

2.3 Psicologo e medico insieme: fornire risposte laddove emerge la domanda

Il ruolo dei medici di famiglia nelle cure primarie è fondamentale.

In Inghilterra, ad esempio, un paziente su quattro che si rivolge al Medico di Medicina Generale (MMG: farò spesso uso di questo acronimo durante la trattazione) mostra problemi di salute mentale e la depressione è la terza causa di visita negli ambulatori dei medici di famiglia (DoH, 2003).

Negli Stati Uniti un paziente su tre che si rivolge al pronto soccorso lamentando dolori al petto soffre in realtà di depressione o di disturbi di panico (Gunn & Blount, 2009) e i sintomi legati alla salute mentale sono la seconda causa di visita nella medicina generale dopo le patologie respiratorie (Who & World Bank, 1996).

In Australia, un paziente su cinque con disturbi psichici non riceve cure appropriate perché non chiede aiuto, così come il 50% dei giovani e degli adolescenti (Winefield & Chur-Hansen, 2004).

Spostandoci in territorio italiano, la letteratura mostra che al medico di base si rivolge il 90% dei cittadini per ricevere le cure sanitarie (Liuzzi, 2016, pag. 197). La prima ricerca epidemiologica nazionale sulla depressione nelle cure primarie (Berardi, 2002) afferma che la prevalenza del disturbo depressivo (secondo la classificazione ICD-10) riscontrata negli studi degli MMG è dell'8,4%. Nello stesso studio emerge che il 41% dei pazienti che chiedevano una consultazione con il MMG dichiaravano problemi di natura psicologica o problemi familiari. La depressione, inoltre, ha portato una frequenza elevata di visite negli studi dei MMG: il 27,7%, contro il 12,8% dei pazienti non depressi. Un altro studio italiano ha evidenziato che il 24% dei pazienti che giungono nello studio del medico di famiglia presentano un disturbo psichiatrico, tra questi il 10,4% soffre di depressione, il 7,9% di disturbi d'ansia, e solo una quota minoritaria (2%) si rivolge direttamente ai servizi di salute mentale e psichiatrici (Curcetti, 2008).

La maggior parte delle cure di salute mentale che i pazienti ricevono nelle cure primarie è opera quasi esclusiva dei MMG, con totale assenza di terapie psicologiche di primo livello. Questo perché i servizi psicologici in Italia sono scarsamente diffusi, spesso sottodimensionati, e del tutto assenti nei setting di cure primarie.

In uno studio di Fink e colleghi (2005) sui 25 sintomi fisici più presenti in un ambulatorio medico, solo il 10-15% di questi possono essere attribuiti a chiari disturbi fisici identificabili; ciò sta quasi ad indicare che la chiara connessione tra sintomo fisico e

patologia organica risulta l'eccezione e non la regola nelle cure primarie (Liuzzi, 2016). Ciò era già stato affermato negli studi passati (Balint, 1957; Katon, 1985; Magill & Garrett, 1988) in cui veniva sottolineato che almeno il 50% delle richieste che pervengono ai Medici di Medicina Generale celano, dietro la manifestazione di un sintomo somatico, l'espressione di un disagio di tipo relazionale/esistenziale. La letteratura ancora sottolinea come i pazienti che soffrono di disturbi mentali presentano una maggiore sintomatologia fisica e utilizzano il doppio delle risorse sanitarie rispetto ai pazienti che non presentano psicopatologia (McDaniel & DeGruy, 1994). Smith in una ricerca del 1994 evidenzia che i pazienti con disturbi somatoformi si servono delle risorse sanitarie in misura nove volte maggiore rispetto alla media nazionale. I disturbi somatici o somatoformi, infatti, sono la principale causa di richieste mediche nelle cure primarie e molti dei sintomi manifestati non rientrano in nessuna delle specifiche patologie mediche. Blount (2003) elenca i dieci più comuni sintomi fisici che i pazienti spesso riportano al medico di medicina generale, e che hanno una componente psicologica: dolore al petto, stanchezza, capogiri, mal di testa, edemi, dolore alla schiena, respiro corto, insonnia, dolore addominale, insensibilità di una parte del corpo.

All'interno dei disturbi somatoformi, particolarmente interessante è l'emergere di una nuova categoria di disturbi somatici e multisomatoformi la cui causa è ignota: questa categoria è stata identificata e soprannominata nel Regno Unito come MUS (Medically Unexplained Symtoms). Nelle cure primarie i MUS sono molto diffusi e ritenuti essere responsabili di un gran numero di richieste e visite di salute mentale (Morris et al., 2010). Tra i sintomi più comuni si riscontrano dolori muscolo-scheletrici (30%), dolori addominali (18%), dolori a naso e gola (8%) e lamentele generali come stanchezza, vertigini e malessere generico (Fuller et al., 2010). Questi pazienti, oltre ad imporre un costo economico elevato al sistema sanitario (quantificabile per le nazioni sviluppate del 26% del costo totale della spesa sanitaria; Barsky et al., 2005), spesso non si sentono presi sul serio, ritengono di essere trattati come dei malati immaginari e di conseguenza convinti di non ricevere abbastanza aiuto (Liuzzi, 2016). Alcuni autori ritengono che la genesi dei MUS sia collegata ai disturbi della regolazione affettiva e in particolare all'alessitimia (Edwards et al., 2010). La genesi di questi sintomi è spesso associata a situazioni emotive negative (Bogaerts et al., 2010) e a disturbi ansioso-depressivi, in particolar modo nei setting di cure primarie (Phennix et al., 2008; Tylee & Gandhi, 2004).

A questo punto risulta fondamentale per i medici di famiglia riuscire a discriminare tra sintomi fisici frutto di problematica organica e manifestazioni somatiche che celano problemi psicologici.

Dalla definizione della World Organization of Family Doctors emerge che *“i medici di medicina generale/medicina di famiglia sono medici specialisti formati ai principi della disciplina. Essi sono medici di fiducia del singolo individuo, principalmente responsabili dell'erogazione di cure integrate e continuative ad ogni singola persona che ricerca cure mediche. [...] Quando negoziano piani di gestione con i pazienti integrano fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di contatti ripetuti”* (<http://www.woncaeurope.org>). Da questa definizione si evince come la cultura psico-sociale del medico origina spesso da una formazione sul campo tramite il contatto con i pazienti e non supportata da una formazione specifica: per il medico, pertanto può essere difficile per diversi fattori porre attenzione contemporaneamente alle dimensioni di tipo biologico e psico-sociale dei pazienti (Solano et al., 2015).

Innanzitutto, la possibilità del medico di dare una risposta di tipo psico-sociale al disagio portato dalla persona è resa difficile dalla differenziazione tra approccio al corpo e alla mente. I pareri della psicologia della salute e della psicosomatica (Bertini, 1988; Solano, 2001) ci indicano infatti che *“qualunque tipo di problema venga portato al medico può trovare migliore soluzione se, oltre ad essere considerato in termini biologici, viene inquadrato nel contesto relazionale e nel ciclo di vita del paziente”* (Felaco, 2011).

La medicina occidentale, però, si è allontanata sempre di più da una visione globale dell'uomo e da un approccio olistico alla persona, concentrandosi su gli aspetti biologici, organici e genetici della salute e della malattia. Tutto ciò ha portato ad enormi progressi nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento delle malattie, ma ha reso marginale l'importanza degli aspetti emozionali e relazionali che la singola persona porta con sé. Questo ha preso ancor più piede con l'affermarsi dell'Evidence-Based Medicine (Solano et al., 2011): a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, con il trionfo del positivismo, si è assistito ad una progressiva differenziazione tra l'approccio medico, centrato sulla cura del corpo, e quello psicologico, focalizzato sulla cura della mente. Questo cambiamento ha avuto degli effetti rilevanti per quanto riguarda l'atteggiamento della medicina occidentale nei confronti della diagnosi e del trattamento delle malattie portando ad un sempre più marcato distacco da una visione olistica e complessa della domanda di salute espressa dal

paziente e ad una accentuazione della sua componente organica e somatica (Solano, 2011).

In secondo luogo, Berardi (2008) afferma che i medici portano la loro attenzione sui sintomi fisici mentre presentano delle difficoltà nella gestione dei disturbi psichici comuni, ricorrendo alla prescrizione di analisi e alla somministrazione di farmaci. Per esempio, la sintomatologia depressiva, spesso, non viene identificata in tempo dai medici di famiglia: già nel 2008 Berardi sosteneva che gli psicofarmaci non venivano utilizzati in modo ottimale, con ampio uso di sedativi e uso improprio di antidepressivi. La maggioranza dei medici affronta il disagio psicologico presentato dai propri pazienti attraverso rassicurazioni, consigli e psicofarmaci (Hemmings, 2000). Ciò può comportare allora la persistenza o il peggioramento dei sintomi, con incremento esponenziale delle richieste d'intervento e quindi di spesa per il paziente o il servizio sanitario (Bass & Murphy, 1990; Shaw & Creed, 1991).

Balestrieri e colleghi (2004) ci dicono che se la patologia depressiva si presenta in maniera moderata o severa il medico di famiglia è sufficientemente in grado di individuare il disturbo depressivo, ma, qualora il disagio si presentasse in modo più lieve, il riconoscimento sarebbe decisamente più difficile. I termini che vengono utilizzati dal paziente nel corso della prima visita, infatti, sembrano essere molto importanti nella formulazione della diagnosi: termini quali “tristezza” o “depressione” o loro sinonimi, permettono un raddoppio delle probabilità di ottenere una valutazione diagnostica corretta, mentre triplicano la possibilità di ricevere un trattamento (Liuzzi, 2016, pag. 213-214). Purtroppo in genere accade che solo una minoranza di pazienti utilizza questi termini. La maggioranza riporta malessere di vario tipo (ad esempio insonnia e dolore cronico) aumentando quindi la prescrizione di sedativi invece di trattamenti psicoterapeutici (Liuzzi, 2016, pag. 214).

Infine, è necessario notare che le condizioni di lavoro dei medici di famiglia, l'alto numero di pazienti e di visite giornaliere e la scarsità di tempo a disposizione rendono complessa e difficile una buona procedura diagnostica (Wittchen & Pittrow, 2002).

Tutti questi fattori possono rendere difficile al medico riconoscere il disagio psicologico del paziente.

Nel tempo sono state tentate diverse soluzioni a questi problemi, che risultano però povere rispetto all'introduzione di una componente di salute mentale nel sistema di cure primarie, che vedremo essere essere essenziale.

Una delle soluzioni possibili sperimentate, ha riguardato la formazione psicologica del medico secondo il modello biopsicosociale, come nella proposta di Balint (1957). Secondo Michael Balint, esponente del gruppo “Indipendente” della psicoanalisi britannica, la malattia è non solo connessa con il mondo emozionale del paziente ma come co-costruzione tra medico e paziente. Il medico stesso è il farmaco più usato, cioè tutta l’atmosfera in cui avviene l’intervento medico è di per sé terapeutica e la malattia non è qualcosa di dato, che il medico si limita a curare e diagnosticare, ma è qualcosa che si va definendo. La necessità di adottare un approccio psico-sociale alla salute è riconosciuta anche da parte dei medici di base, che si ritengono scarsamente adatti a questa funzione per limiti di tempo, eccessivo coinvolgimento personale nella relazione, formazione insufficiente. Formare il medico ad un ascolto e intervento psicosociale è un’impresa complessa: non si limita a riconoscere e trattare (con farmaci) forme di disagio mentali di entità medio/lieve, ma di acquisire la capacità di collocare il problema portato dal paziente sia fisico che non, all’interno del suo contesto di vita relazionale (Solano, 2010).

La risposta del medico ai sintomi del paziente è però diversa a seconda dei casi. Il medico può ritenere che il sintomo sia il segnale di una malattia organica, per cui può inviare il paziente verso ulteriori analisi o visite specialistiche: può capitare che l’alterazione organica sia effettivamente riscontrata oppure che non si riscontri nulla. Il paziente in questo caso viene spesso considerato un “simulatore”. In questi casi il rapporto tra medico e paziente può facilmente deteriorarsi e l’eventuale invio a un operatore di salute mentale può essere vissuto come uno “scarico”.

Un’altra possibile soluzione, adottata nella maggior parte dei casi, è l’integrazione interdisciplinare tra medicina e psicologia, che avviene però su invio allo psicologo o richiesta di consulenza da parte del medico nei casi di disagio psicologico conclamato o di difficoltà nella relazione con il medico stesso. Il risultato è che rimangono esclusi dall’intervento psicologico una serie di situazioni che invece ne potrebbero trarre giovamento, come nel caso dei pazienti con patologie psicosomatiche, che mostrano una modalità di comunicazione caratterizzata da scarsa pregnanza emotiva e da uno stile incolore. È noto in letteratura che, per esempio, le persone alessitimiche sono portate a esprimere attraverso il corpo le proprie difficoltà (Solano, 2007) e sono più inclini, quindi, a sviluppare sintomi psicosomatici. Si tratta però di pazienti con il quale il medico non ha problemi e con i quali non si verificano fallimenti nella relazione, per cui è raro che il medico si senta spinto a effettuare un invio a uno psicologo.

La risposta migliore che il medico potrebbe dare ai sintomi del paziente è quella di assegnare ai problemi psicologici e relazionali la stessa dignità di quelli somatici. L'invio allo psicologo non dovrebbe avvenire semplicemente per esclusione di cause organiche, ma per il riscontro effettivo di una problematica psicologica, con la presenza di motivazione del paziente a occuparsene (Solano et al., 2011). Infatti nella precedente soluzione l'invio può essere solo una proposta. Se in medicina l'invio ad altri specialisti (ad esempio per effettuare analisi cliniche) viene prescritto e il paziente deve solo aderire e prestare una collaborazione passiva, in psicologia il paziente per aderire deve trovare una motivazione personale. Non basta pertanto individuare il "bisogno" ma è necessaria la costruzione di una "domanda" (Solano, 2007).

Poter invece inserire la figura psicologica nello studio dei medici di famiglia permetterebbe di bypassare queste difficoltà, risultando la soluzione più utile, che permetterebbe di fornire una lente di lettura diversa anche al medico. La medicina, infatti, si muove coerentemente con il proprio mestiere; affiancare lo psicologo al medico permetterebbe di completare la professionalità dell'uno con quella dell'altro, offrendo al medico il supporto di uno sguardo diverso e complementare.

La psicologia vede la patologia anche dal punto di vista somatico, secondo una modalità olistica, come sintetizzato anche nel modello biopsicosociale di Engel (1977): è orientata a considerare la salute e la malattia come connessa al rapporto tra il soggetto e il suo contesto ambientale, il momento del suo ciclo di vita (infanzia, adolescenza, matrimonio, nascita dei figli ecc.), le risorse che il soggetto ha, come le life skills, gli stili di coping, i livelli di benessere e la capacità di identificare, elaborare e regolare le emozioni relative alle vicissitudini della vita, per affrontare eventi e difficoltà come un'eventuale patologia (Solano et al., 2011).

Risulta pertanto necessaria la collaborazione con lo psicologo, che possa accogliere anche la dimensione psico-sociale dei pazienti. La psicologia, infatti, oltre ad avere gli strumenti per considerare il disagio anche somatico in rapporto al contesto relazionale del soggetto, al momento del suo ciclo di vita, alle sue risorse per affrontare le situazioni, ha anche la capacità di vedere il sintomo somatico non solo come indicatore di disagio ma anche come un tentativo di comunicazione di nuclei di esperienza dissociata, che necessita fortemente di essere compreso, prima ancora di essere curato. Il cittadino che si rivolge al medico di base nel suo studio di medicina generale è sì portatore di una sintomatologia, ma è prima di tutto una persona, che vive inserita in uno specifico contesto sociale, familiare,

relazionale e culturale, che, con la sua soggettività, può manifestare il disagio anche attraverso il corpo.

È evidente quindi la necessità di costituire un nuovo ruolo professionale per lo psicologo, ovvero lo Psicologo nelle Cure Primarie (PCP), la cui peculiarità è quella di collaborare con il medico di base in un contesto diverso rispetto allo studio di consultazione classico, una situazione in cui l'ascolto psicologico appaia chiaramente come una risorsa prevista per tutti e non per una categoria particolare di persone.

Il PCP, infatti, a differenza dello psicologo clinico, che esamina i quadri sintomatici con specifiche tecniche, si rivolge fin da subito agli aspetti sani del cliente e del suo contesto e fa leva su questi durante l'intervento psicologico, esercitando un ruolo nel quale la "promozione" si colloca al primo piano rispetto al concetto di terapia. Si tratta quindi di un approccio che evita la "psicologizzazione" o "medicalizzazione" dei problemi, in quanto si passa dal "modello di malattia" al "modello di salute". Quest'ultimo va oltre la distinzione tra sani e malati e ritiene che tutti possano migliorare la propria condizione di vita (Felaco, 2011).

2.4 I vantaggi dell'introduzione dello Psicologo nelle Cure Primarie

La psicologia nelle cure primarie riguarda l'applicazione delle competenze psicologiche ai comuni problemi psichici e di salute mentale, sperimentati dai pazienti e dai loro familiari nel corso della vita (McDaniel et al., 2014).

Il compito della PCP è quello di fornire un primo livello di servizi di cure psicologiche innovativo, accessibile, efficace, cost-effective, ed integrato con gli altri servizi sanitari, caratterizzato dunque da una buona qualità ma anche da costi contenuti e contraddistinto da una tempestiva presa in carico del paziente. Il servizio deve essere progettato a partire dai bisogni di benessere psicologico della popolazione, flessibile ed integrato con gli altri servizi presenti sul territorio.

L'inserimento dello psicologo negli studi dei medici di base non avrebbe solo un vantaggio di tipo economico, come abbiamo visto in precedenza, ma è altresì auspicabile anche per un altro importante fattore: un'indagine durata 4 anni e che ha coinvolto più di 87000 pazienti condotta da Miller e colleghi (2011) ha fatto emergere che i medici di famiglia dedicano ai pazienti che riportano una patologia mentale dai 3 ai 4 minuti in più rispetto ai pazienti con sole patologie mediche, a sottolineare che i pazienti con problemi

psicologici allungano i tempi delle visite mediche che non vengono riconosciuti e rimborsati adeguatamente dal servizio sanitario nazionale e generano quindi ulteriori complicazioni nel contesto delle cure primarie (Liuzzi, 2016, pag. 218).

Un altro elemento importante rispetto alla possibilità di chiedere aiuto riguarda la percezione della vicinanza della struttura in cui viene effettuata la consultazione che può influire sull'effettivo utilizzo del servizio stesso. E' stato visto che la necessità di uno spostamento superiore a 30 minuti o l'impossibilità di utilizzare mezzi di trasporto pubblico o privato aumenta significativamente il tasso di abbandono e il fatto di non recarsi presso i servizi di cura stessi (Forest & Starfield, 1998). Uno studio di Thornicroft e colleghi (2008) effettuato nel contesto italiano e inglese, ha evidenziato come la realizzazione di un sistema efficiente e equo di servizi rivolti alla salute mentale debba essere vicino all'utenza, aperto in maniera versatile verso le problematiche presentate dagli utenti e con un buon lavoro di rete con le strutture già esistenti. La possibilità di un accesso a servizi psicologici in una zona geografica limitata, senza le liste di attesa che caratterizzano la cura secondaria, la disponibilità di consultazioni senza un ulteriore rinvio ad altro professionista ed il fatto che lo psicologo può essere conosciuto direttamente dalla comunità; sono tutti vantaggi riconosciuti allo psicologo nelle cure primarie che emergono dalla letteratura (Derksen, 1986).

L'inserimento dello psicologo nelle cure primarie, in accordo con Liuzzi (2016) permetterebbe quindi il raggiungimento di diversi obiettivi: permetterebbe innanzitutto intercettare i bisogni di benessere psicologico che spesso rimangono inespressi dalla popolazione, ma determinano costi sociali; come indica anche Solano (2011b) sarebbe possibile in questo modo intervenire in una fase del disagio iniziale, in cui non si sono organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico o organizzazioni intrapsichiche fortemente limitanti una realizzazione ottimale dell'individuo; si potrebbe inoltre garantire un accesso diretto a uno psicologo a tutta la popolazione, evitando il filtro della valutazione medica ed evitando altresì il rischio di essere etichettati come "disagiati psichici". Di conseguenza si diminuirebbe il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione, costituendo un filtro per i livelli secondari di cure e per il pronto soccorso. In accordo con Liuzzi e Solano, inoltre si potrebbe migliorare la qualità del trattamento psicologico di primo livello, fornendo un intervento appropriato al tipo di patologia riportata e rispettando le caratteristiche di personalità del paziente, offrendo un ascolto che prenda in esame, oltre alla condizione biologica, anche la situazione relazionale,

intrapsichica e del ciclo di vita del paziente. Infine, si potrebbe favorire un'integrazione di competenze tra medicina e psicologia, con arricchimento culturale di entrambe le figure professionali.

Infine, Falanga & Pillot (2014) affermano che il lavoro congiunto di medico e psicologo limita la spesa per analisi ematochimiche, accertamenti strumentali, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri nella misura in cui queste derivino da un tentativo di lettura di ogni tipo di disagio all'interno di un modello esclusivamente biologico, quindi richieste che a volte possono essere inappropriate di fronte a chiari disturbi funzionali.

Concludendo, verrebbe quindi data ad ogni singolo cittadino la possibilità di confrontarsi con professionisti diversi e qualificati a livello di cure primarie, vicino casa, in cui l'individuo potrà sentirsi accolto e ascoltato e ricevere la terapia che merita tenendo conto di tutti gli aspetti che lo rendono umano.

Capitolo terzo: LO PSICOLOGO NELLE CURE PRIMARIE IN EUROPA

*“La più grande scoperta della mia generazione
è che gli esseri umani possono cambiare le loro vite
cambiando le loro abitudini mentali”*

William James

Nella maggior parte delle nazioni occidentali nel corso della seconda metà del secolo scorso ha preso piede l'idea di posizionare gli interventi psicologici nei vari contesti di medicina di base e territoriale. Nelle nazioni europee la situazione è piuttosto varia, ma vi è stato un incremento nella creazione di nuovi servizi di psicologia. Senza dubbio, il Regno Unito è il Paese che ha più investito nel settore pubblico per i servizi di salute mentale. Come già accennato in precedenza, la figura professionale del PCP è attiva solo in alcuni Paesi Europei, tra cui i Paesi Bassi e l'Inghilterra da ormai diversi anni: i modelli olandese e inglese sono i più strutturati e organici e prevedono una formazione specifica. In altri Paesi la figura dello psicologo delle cure primarie non è inserita nel sistema sanitario nazionale, ma si tratta di un ruolo ancora in fase di sperimentazione. È il caso, tra gli altri, dell'Italia.

Nei paragrafi successivi saranno presentati dapprima i modelli presenti nel panorama internazionale rispetto ai tipi di collaborazione possibile tra medicina e psicologia, e in secondo luogo le implementazioni di PCP in Europa, a partire da quelle più strutturate (Paesi Bassi ed Inghilterra) per poi passare a quelle in fase di sperimentazione.

Per quanto riguarda nello specifico la situazione italiana, saranno presentate in questa parte di tesi le sperimentazioni condotte nelle varie regioni, mentre nel capitolo 6 sarà presentata la sperimentazione veneta, portata avanti dall'ordine degli Psicologi del Veneto e che io ho avuto la fortuna di seguire in prima persona.

3.1 I modelli d'intervento

Nell'ambito delle cure primarie sul piano internazionale, si possono distinguere tre modelli diversi di integrazione tra psicologo e MMG, posizionati lungo un continuum di rapporto collaborativo (Blount, 2003):

- a) *Relazione coordinata*, per cui esiste un servizio di psicologia che scambia in modo abbastanza regolare le informazioni con i medici di base, ma i rispettivi studi sono situati in luoghi diversi. Spesso i rapporti iniziano su base spontanea, a seguito di un invio tra un servizio e l'altro, e poi proseguono. Molto del successo del rapporto dipende dall'impegno dei professionisti coinvolti.
- b) *Relazione co-locata*, in cui nello stesso setting sanitario vengono offerti servizi diversi (visite mediche, consultazione psicologica, consultorio etc.). La comunicazione e la relazione tra psicologo e medico diventano più facili grazie alla prossimità spaziale. La co-locazione riduce le resistenze dei pazienti e lo stigma, in quanto sottolinea la natura delle cure psicologiche come parte delle più generali cure sanitarie.
- c) *Relazione integrata*, in cui medico e psicologo lavorano come parte dello stesso team, condividono spazi e informazioni ed esiste un piano di cura integrato.

I tre modelli, secondo l'autore, non sono concepiti come mutualmente escludenti. Anzi, talvolta la realtà clinica offre situazioni in cui i tre modelli tendono a sovrapporsi, portando alla realizzazione di un modello ibrido.

Oltre alla descrizione del tipo di relazione realizzabile tra psicologo e medico di base descritta da Blount, vi è una distinzione più ampia tra diversi modelli d'intervento utilizzati all'interno delle cure primarie. Tra questi troviamo il modello dell'invio, della consultation-liason, il modello generalista, il modello della cura collaborativa, e il modello stepped-care.

3.1.1 Il modello dell'invio

Questo modello si realizza attraverso l'invio del paziente da parte del medico allo psicologo dopo aver effettuato una diagnosi di un disturbo psicologico (Bower & Sibbad, 2000). Il setting dell'intervento psicologico è lo studio privato di quest'ultimo che eroga interventi a seconda del proprio orientamento teorico. Nel modello dell'invio, la responsabilità della cura viene assunta totalmente dal professionista mentale che prende in carico il paziente (Bower & Sibbad, 2000).

Questo modello era quello adottato nelle prime esperienze inglesi di collaborazione tra medico e psicologo, in cui, sulla scia del lavoro pionieristico dei coniugi Balint, 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). Inizialmente questo modello era mutuato dall'esperienza della psicoterapia privata, in cui lo psicologo lavorava nel suo studio e riceveva i pazienti inviati dal medico di base. Solo successivamente vi fu una modificazione di questo modello con l'istituzione del servizio di Primary Care Counselling istituito a Cardiff nel 2000 (Thompson et al., 2005), in cui i counsellor operavano negli ambulatori medici secondo una relazione co-locata.

I motivi principali di invio da parte dei medici si basavano su diagnosi di ansia, depressione, difficoltà interpersonali, scarsa autostima, lutti. Uno dei problemi principali di questo modello d'intervento fu la presenza di un alto numero di servizi secondari, nonostante la presenza del servizio di PCP, a causa della scarsità di terapie evidence-based. Come vedremo nel dettaglio successivamente, infatti, le linee guida NICE prevedevano per le depressioni lievi gli interventi di aiuto guidato, terapie psicologiche brevi CBT e di problem-solving; per le depressioni moderate interventi maggiormente strutturati di CBT, trattamenti interpersonali e la terapia di coppia; per i disturbi d'ansia interventi CBT. Chiaramente non tutti questi interventi erano presenti nel servizio di PCP. Altro aspetto problematico di questo modello è che la scelta dell'invio o meno allo psicologo è data dal fatto che quel medico riscontri nel paziente una difficoltà di tipo psicologico, aspetto che, come abbiamo visto in precedenza, può essere ostacolato da diversi fattori.

3.1.2 Il modello consultation-liason

Il modello consultation-liason (o psichiatria di consultazione o di collegamento) è il modello d'intervento introdotto dalla psichiatria per il supporto alla cura di pazienti con problemi psichiatrici nelle cure primarie. Questo modello consiste nel fornire supporto, formazione ed educazione ai medici di famiglia nel loro intervento di cura rispetto ai pazienti con problemi di salute mentale. 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 MMG 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 progetto Leggieri ad ancor prima che fosse strutturato e denominato come tale, attraverso lo sviluppo di servizi di consultazione dei Dipartimenti di Salute Mentale dedicati ai MMG (Berardi et. al, 2002).

Tuttavia alcuni autori hanno rilevato delle criticità fra medico e psichiatra (Ostby-Deglum e Dahl 2004) come ad esempio la difficoltà ad accedere a servizi psichiatrici, una comunicazione carente e il fatto che una volta che i pazienti sono inviati ai servizi di salute mentale, i medici non vengono più messi al corrente dell'andamento dei trattamenti.

3.1.3 Il modello generalista

Il modello generalista nasce non con l'intento di fornire trattamenti psicoterapeutici strutturati, ma di offrire supporto al medico di base affiancandosi ad esso, per portare avanti la cura di tutti quei pazienti che non trovano risposta nei servizi della salute mentale già esistenti.

Il focus dalla cura passa alla prevenzione, dalla malattia alla salute, ed è così che il compito principale dello psicologo è quello di occuparsi di prevenzione e promozione di stili di vita sani, di educazione alla salute ed empowerment. Dunque gli interventi, effettuati perlopiù in compresenza con il medico, sono brevi, semplici e realizzati su larga scala in modo da venire incontro ai bisogni della popolazione. Data l'eterogeneità del contesto delle cure primarie è importante che lo psicologo possieda un'ampia gamma di approcci e competenze professionali.

A livello estero, può essere identificato come modello generalista il programma di psicologia delle cure primarie implementato nei Paesi Bassi che fornisce interventi brevi e focalizzati all'interno delle cure primarie in collaborazione con il MMG e altri operatori sanitari (Derksen, 2009). A livello nazionale, invece, il modello di collaborazione dello psicologo con il medico di base all'interno dell'ambulatorio medico proposto da Solano (2011) va nella stessa direzione.

3.1.4 Il modello di collaborative care

La collaborative care è un modello di cura che coinvolge 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 (Vlasveld et al., 2008). A differenza dell'invio, dove una volta che avviene il "passaggio" del paziente dalla cura e tutela del medico a quella dello psicologo, quest'ultimo detiene in seguito la responsabilità dell'intervento terapeutico, nel modello di cura collaborativa è il medico a mantenere la titolarità del trattamento (Keaton et al., 1995). Lo psicologo, interviene come membro del team di cura che si occupa del paziente all'interno dell'ambulatorio o centro medico. Una caratteristica importante che contraddistingue la cura collaborativa è il ruolo che il personale non medico (infermieri, educatori, esperti in riabilitazione ecc.) assume al suo interno: il loro contributo attraverso interventi opportuni come attività di supporto alla compliance terapeutica o gestione di gruppi di intervento psicoeducazionale, è infatti fondamentale per l'efficienza ed efficacia del modello (Vlasveld, 2008). Gli interventi attuati in questo modello sono trattamenti focalizzati sul problema, terapie dinamiche interpersonali, terapie di auto-aiuto, spesso basate su letture o uso di computer, ed interventi di supporto spesso in aggiunta ad altri trattamenti.

C'è ancora incertezza sulla migliore definizione di cura collaborativa ma in generale i punti chiave identificati sono i seguenti:

- Presenza di clinici specializzati in psicologia delle cure primarie e operanti in collaborazione con i MMG;
- Co-locazione di servizi specialistici di salute mentale in ambulatori di cure primarie;
- Adozione di care managers focalizzati su patologie specifiche
- Procedure efficaci di invio a servizi specialistici e di salute mentale.

Questi aspetti vengono poi implementati in modo molto vario con operatori di diversa formazione ed esperienza. 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 di MMG 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. Tuttavia la cura

collaborativa è più efficace quando i professionisti sono co-locati e comunicano quotidianamente circa lo stato di salute dei pazienti ed intervengono congiuntamente (Liuzzi, 2016). Il modello di cura collaborativa è stato messo in atto nelle sperimentazioni di PCP svolte a Torino, di cui si parlerà successivamente.

3.1.5 Il modello stepped-care

Il modello d'intervento stepped-care è quello basato sulle indicazioni del NICE (*National Institute of Clinical Excellence*), il sistema sanitario inglese, e fornisce un'ampia gamma di d'interventi psicologici, da somministrare secondo i concetti di appropriatezza dell'intervento, efficacia clinica, evidenze scientifiche e il *value of money*. Il trattamento iniziale, cioè deve essere quello a più bassa intensità ed economicamente più efficiente, ma contemporaneamente deve anche essere quello con la più alta probabilità di efficacia. Si tratta di un modello complesso, che sarà approfondito nel paragrafo dedicato all'esperienza inglese dello IAPT, di cui è caposaldo.

Una chiara sintesi di questo modello è quella proposta da Liuzzi (2016), secondo cui tale modello è caratterizzato da:

- una rapida valutazione del disagio psicologico;
- l'offerta al paziente dell'intervento meno invasivo ed intenso;
- l'offerta dell'intervento più appropriato per la severità del disturbo;
- il costante monitoraggio dell'intervento e la costante supervisione clinica e organizzativa per tutti i professionisti della salute mentale.

3.2 Paesi Bassi

3.2.1 Trent'anni di pressione politica e azione scientifica: Il Primary Care Psychologist (PCP)

Il movimento che portò alla nascita nei Paesi Bassi della figura dello psicologo delle cure primarie (Primary Care Psychologist, PCP) si verificò alla fine degli anni '70: non essendo l'aiuto psicologico rimborsato dalle compagnie di assicurazione sanitaria, gli psicologi iniziarono a collaborare su iniziativa autonoma coi medici di base, per offrire un aiuto psicologico breve con accesso veloce, all'interno dell'ambiente di vita dei potenziali pazienti. Gli psicologi che hanno dato avvio a questo movimento avevano appena

concluso la loro formazione ed erano alla ricerca di un posto di lavoro, dato che la recessione economica aveva reso disoccupati molti colleghi. In quegli anni un cospicuo numero di psicologi clinici ha cominciato a lavorare nei servizi pubblici come professionisti privati, sulla scia delle innovazioni nelle procedure psicologiche di assessment e dei trattamenti a breve-termine (Derksen, 1986). Tradizionalmente nei Paesi Bassi, così come nella maggior parte degli altri Paesi, l'assistenza sanitaria per la salute mentale veniva gestita a livello di cure secondarie o terziarie. Tuttavia, già a partire dagli anni Ottanta, si è verificato un cambiamento per cui l'assistenza per problemi mentali è diventata un servizio di cura primaria: inizia la collaborazione degli psicologi con i family physicians che all'epoca lavoravano soli, soprattutto con i pazienti che apparivano sani, ma andavano di frequenza negli studi presentando sintomi di natura psicosomatica. Lo psicologo clinico è diventato così direttamente accessibile per molte persone, con una vasta gamma di difficoltà psichiche, psicosociali e psicosomatiche (Derksen, 1986). La vicinanza dello psicologo all'ambulatorio del medico ha permesso che le diagnosi cliniche e i trattamenti dei pazienti fossero trattati in una fase iniziale, evitando così un peggioramento delle difficoltà e il bisogno di un aiuto specializzato. Già in questa prima fase gli psicologi clinici hanno limitato i loro interventi a 10/15 sessioni per un singolo paziente ed erano presenti gruppi di aiuto per problemi specifici come insonnia o difficoltà coniugali. Lo psicologo ha avuto anche la funzione di influenzare gli atteggiamenti dei tradizionali professionisti delle cure primarie, attraverso consultazioni volte alla prevenzione dei disagi psicosomatici e un eccessivo consumo di farmaci. Nei primi anni Ottanta nei Paesi Bassi, un terzo dei GP (General Practitioner o medici di famiglia) lavorava insieme ad uno psicologo clinico e le loro opinioni su questa cooperazione erano molto positive (NIP, 1984). Nonostante i servizi psicologici a livello primario potevano riguardare aree d'intervento tradizionalmente di altri operatori, l'opinione generale dei professionisti delle PC è stata che la presenza degli psicologi clinici innalzava la qualità dei servizi e riduceva i costi sanitari di cura (Derksen, 1986). Tuttavia in quegli anni, l'assistenza psicologica offerta nelle PC non veniva rimborsata dalle compagnie assicurative e il pagamento per i servizi resi era a carico dei pazienti stessi (Derksen, 1986). In una ricerca del Nederlands Instituut van Psychologen (1984) è emerso che in quelle zone in cui veniva evitato l'accesso alle cliniche e agli ospedali, con la presenza del PCP, il dato nazionale di 2,4 ricoveri per problemi di salute mentale ogni 1000 abitanti è stato ridotto a un rapporto di 1,1 per 1000.

A partire da questo progetto sperimentale, le organizzazioni nazionali degli psicologi e quelle dei medici di base organizzarono una task force con l'obiettivo di convincere le compagnie di assicurazione sanitaria e il governo a rimborsare la cura psicologica primaria, dimostrando come si potesse migliorare la qualità delle cure e risparmiare sui costi sanitari (Derksen, 2009). Dopo 30 anni di pressione politica e di azione scientifica, è avvenuto il riconoscimento della figura dello Psicologo nelle Cure Primarie (Primary Care Psychologist, PCP) nei Paesi Bassi (Derksen, 2009).

3.2.2 Accesso, intervento, modello teorico di riferimento e competenze

Ad oggi la maggior parte dei medici di base ha un più o meno intenso rapporto di collaborazione con i PCP.

Nei Paesi Bassi, circa il 19% della popolazione soddisfa i criteri del DSM-IV per un disturbo mentale (De Graff et al., 2012). Questo dato è leggermente inferiore rispetto alla prevalenza negli Stati Uniti (26%), ma tra i più alti in Europa e superiore alle cifre di prevalenza in Cina e in Giappone (4-9%) (WHO, 2004). In accordo con la letteratura internazionale, anche se molte persone nella popolazione esperiscono dei sintomi di un disturbo mentale, solo pochi di loro ricerca aiuto e ancora meno riceve cure adeguate (Golberg & Huxley, 1992). Inoltre, nei casi in cui il trattamento viene ricevuto, questo avviene di solito entro i settori della medicina generale. In aggiunta è emerso che nei Paesi Bassi, le spese per le cure specialistiche rivolte alla salute mentale sono aumentate drasticamente nell'ultimo decennio (Wang et al, 2007). Di conseguenza, la politica corrente per la gestione della salute mentale mira a rafforzare le cure mentali a livello primario e a prevenire rinvii a un'assistenza psichiatrica secondaria più costosa e spesso non necessaria. Pertanto quando possibile, le persone sono trattate all'interno delle cure primarie, in parte dai GP spesso supportati dagli psicologi che offrono interventi a breve termine (Prins et al., 2014). Attualmente infatti nei Paesi Bassi, sia nelle zone rurali che urbane, i medici di famiglia hanno uno o più rapporti di cooperazione con i PCP.

A partire dal primo gennaio 2008 qualunque assicurazione sanitaria di base copre il rimborso di 8 consultazioni col PCP, che un'assicurazione supplementare, stipulata dalla maggioranza della popolazione, estende a 12. La durata media del trattamento è di 19 settimane. 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).

L'accesso al PCP è libero o su invio del GP. 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'assistenza sociale. Inoltre, è inoltre suggerito che per l'invio è necessario un punteggio 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) dovrebbe essere 51 o superiore: 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.

In linea con Derksen (2009) il lavoro del PCP è utile soprattutto per disturbi d'ansia, dell'umore, dell'adattamento e somatoformi; l'intervento è più efficace se il disturbo appare per la prima volta, non esiste da più di 6 mesi, ha avuto un esordio acuto come reazione a uno stress identificabile e non sono stati diagnosticati altri disturbi di personalità gravi in comorbidità. In caso contrario o in presenza di un disturbo di personalità grave il paziente sarà indirizzato a un servizio di cura secondario.

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. Il contributo del PCP nelle cure primarie può quindi impedire ulteriori peggioramenti (Derksen, 2009), procedendo all'assessment e al ciclo di consultazioni o all'invio ai servizi di secondo livello.

Dopo lo screening del medico di famiglia, quindi, il processo diagnostico da parte del PCP deve essere sufficientemente approfondito per stabilire se l'assistenza a breve termine è sufficiente o se è necessario rivolgersi ad un altro specialista. Lo PCP può utilizzare tre metodi per giungere alla diagnosi (Derksen, 2004): l'osservazione, l'intervista e i test

psicologici. Questi ultimi sono effettuati quando l'osservazione e il colloquio clinico forniscono informazioni insufficienti.¹

L'assessment iniziale prevede anche la valutazione del contesto familiare, lavorativo, sociale, di comunità territoriale al fine di stimolare le risorse di coping e abilità del paziente nello sviluppare un percorso di auto-cura. Il PCP è definito, infatti, uno “*psicologo generalista*”. Mentre lo psicologo clinico e lo psicoterapeuta si rivolgono anche agli aspetti patologici dell'individuo, lo psicologo generalista si rivolge agli aspetti sani del paziente, e fa leva su questi durante tutto il trattamento. Giunge a una diagnosi tramite un lavoro per ipotesi ed è necessario che lo faccia più velocemente di quanto fa uno specialista, tramite interventi psicologici tesi a rafforzare le capacità di coping del paziente (Derksen, 2009). Il trattamento è infatti breve al fine di evitare la psicologizzazione e medicalizzazione dei problemi di vita, finalizzato 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. Il PCP, in un'ottica di promozione alla salute e di empowerment, utilizza trattamenti a breve termine e fornisce un aiuto veloce e direttivo. Inoltre il modello d'intervento è *stepped-care*² e non vi sono liste d'attesa (Derksen, 2009).

Il PCP dovrebbe attingere ai diversi orientamenti terapeutici e fornire un trattamento psicologico integrato, procedendo secondo protocolli e linee guida evidence-based. Egli inoltre deve avere delle conoscenze almeno elementari per un esame dei problemi somatici e dei metodi di trattamento relativi. Non può prescindere in particolare dalla conoscenza dei farmaci e psicofarmaci, soprattutto alla luce dell'influenza che questi hanno sui processi percettivi e emotivi delle persone. Le malattie predominanti nella pratica del medico di famiglia oggi sono il diabete, le malattie polmonari e il dolore

¹ Esempi di test sono la Wechsler Adult Intelligence Scale (3rd ed.; WAIS-III), il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (2nd ed.; MMPI-2), il Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III), il Thematic Apperception Test (TAT), il Test di Rorschach, e strumenti per sintomi specifici, quali il Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Rating Scale per la depressione e la Symptom Checklist.

² Il modello di cura stepped-care prevede che venga fornito il trattamento che può dare i risultati migliori per il paziente, gravando il meno possibile sulla persona. E' un sistema di revisione del trattamento per cui, se viene rilevata la mancanza di miglioramento, si procede con terapie più intensive. Se opportuno si può scendere verso lo step di un trattamento meno intensivo oppure abbandonare la cura quando un trattamento alternativo o l'assenza dello stesso, diventano adeguati (<http://www.iapt.nhs.uk>).²

cronico; il PCP può pertanto contribuire alle politiche di trattamento con interventi sugli stili di vita e la promozione della salute. Infatti le attività finalizzate alla promozione dell'integrità dei pazienti sono modellate sulla cooperazione del PCP con il team di cure primarie.

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. Inoltre il PCP può effettuare visite a domicilio (ad esempio per le persone costrette a letto o con fobie o disturbi somatici). L'orientamento contestuale del PCP è una componente essenziale: infatti la situazione sociale, il contesto familiare e lavorativo, la situazione educativa e il quartiere della persona, giocano un ruolo centrale nel processo diagnostico e nel trattamento psicologico. Il PCP pone attenzione ai rapporti interpersonali del paziente in quanto molti problemi psicologici sono causati e/o mantenuti dalla presenza di relazioni intime disfunzionali; offre pertanto anche un servizio come “psicologo di famiglia”, conosce i componenti dei nuclei familiari e le loro storie. Infine è importante la conoscenza della mappa sociale e degli altri servizi di assistenza: lo psicologo ha familiarità con la mentalità della gente della zona in cui lavora, adatta il suo linguaggio di conseguenza e tiene a mente le vulnerabilità dei vari sotto-gruppi presenti nella popolazione.

Il National Organization of Primary Care Psychologist (LVE) è l'organizzazione professionale dei PCP presenti nei Paesi Bassi che opera a livello nazionale e regionale, offre corsi di formazione e garantisce la qualità dei servizi: include gli utenti che impiegano almeno il 65% del loro tempo lavorativo come PCP. Pertanto il numero di psicologi che forniscono effettivamente il proprio servizio nelle cure primarie è maggiore dell'elenco degli psicologi del LVE. Questo permette che ci sia lavoro per un numero maggiore di PCP rispetto alla possibilità di soli professionisti impiegati a tempo pieno.

Nel corso degli ultimi anni nei Paesi Bassi è stata riscontrata una forte crescita del numero di consultazioni con un PCP e secondo i dati dell'Organizzazione Nazionale dei PCP (LVE, 2007; LVE 2008):

- circa 76.000 persone hanno usufruito dei servizi del PCP nell'anno 2006 e 84.000 nel 2007;
- nel 60% dei casi l'invio è stato fatto dal medico di base (rispetto al 77% del 2002);

- circa il 40% delle persone ha ricercato autonomamente il PCP (dato in aumento dal 23% del 2002);
- più della metà dei disturbi lamentati sono stati classificati come disturbi dell'umore, d'ansia o dell'adattamento (in accordo con i criteri del DSM IV- TR, APA, 2000);
- è stato riscontrato un miglioramento dei disturbi nel 60% dei pazienti e un forte miglioramento per il 13% di loro;
- il PCP ha inviato ai servizi di cura secondaria e terziaria il 14% dei pazienti;
- la soddisfazione riportata dai pazienti è molto alta.

3.2.3 La formazione

Per quanto riguarda la formazione è stato stabilito uno specifico percorso per il PCP. Lo psicologo della salute olandese, dopo la laurea in psicologia della durata di quattro anni, deve svolgere un training post lauream di 2 anni comprensivo di un'esperienza di supervisione nelle cure primarie, organizzata in quattro giorni di lavoro e un giorno di lezione teorica la settimana. Nel curriculum per la formazione del PCP viene posta enfasi su l'applicabilità delle conoscenze presentate, per la pratica reale nelle cure primarie (Derksen, 2009).

La formazione del PCP comprende inoltre la promozione e prevenzione della salute oltre ad una più approfondita riflessione sulle basi sistemiche, cognitive, affettive, sociali e biologiche di salute e malattia. La formazione oltre ad essere direzionata in una prospettiva evolutiva riguarda anche in maniera concreta la diagnosi e il trattamento di bambini, adolescenti e anziani (Derksen, 2009).

La struttura del curriculum olandese per il PCP si riferisce a cinque moduli che riflettono il modello biopsicosociale di salute e malattia. Questi riguardano: l'atteggiamento e il contesto sociale, i disturbi somatici, la valutazione psicologica, il trattamento psicologico integrato e la prospettiva evolutiva.

Modulo I: Atteggiamento e contesto. Questa parte del training è dedicato allo sviluppo di un atteggiamento finalizzato all'integrazione della salute mentale e della salute in generale (ossia la cooperazione con i medici di famiglia, con gli assistenti sociali, con gli infermieri; la consultazione; l'utilizzo del contesto; l'approccio integrato). Questi insegnamenti sono effettuati da vari professionisti, tra cui medici, fisioterapisti e

infermieri. Il PCP deve anche essere formato a sviluppare i punti di forza dei pazienti, a fronte dei loro aspetti di debolezza, in modo da poter affrontare al meglio la malattia e i disturbi. E' inoltre previsto l'insegnamento dei modi di lavorare nelle PC. Oltre al modello biopsicosociale, viene posta attenzione per l'adozione ad un sistema integrato di lavoro e stepped-care (Derksen, 2009).

Modulo II: Disturbi somatici. Un medico internista e un GP approfondiscono i disturbi somatici più comuni, la loro diagnosi, il trattamento e la loro progressione. Inoltre vengono discussi vari disturbi somatoformi, tra cui il diabete di tipo 1, le emicranie croniche, l'artrite reumatoide, la lombalgia cronica, la sindrome da stanchezza cronica, sotto la supervisione di uno psicologo esperto. Un farmacista fornisce degli accenni di psicofarmacologia. Esempi di compiti assegnati in questo modulo comprendono la raccolta di informazioni sul diabete mellito e la spiegazione dei fattori psicosociali che possono essere associati ad un disturbo, oppure la stesura di un programma integrato che coinvolge i farmaci e il trattamento psicologico per la depressione maggiore.

Modulo III: Assessment psicologico. In questo modulo sono presentate alcune tecniche di valutazione psicologica: è seguita la classificazione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) e grande attenzione viene posta allo screening psicologico attraverso strumenti quali il Wechsler Adult Intelligence Scale (3rd ed.; WAIS-III), il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (2nd ed.; MMPI-2), il Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III), il Thematic Apperception Test (TAT), il Test di Rorschach, e strumenti per sintomi specifici, quali il Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Rating Scale per la depressione e la Symptom Checklist. Inoltre sono spiegati e illustrati il NEO Personality Inventory per la valutazione della personalità e il Bar-On Emotional Intelligence Questionnaire per l'intelligenza emotiva. Per quanto riguarda la prevenzione, ad esempio, l'intelligenza emotiva può essere di particolare interesse per l'identificazione delle capacità emozionali del paziente che possono essere usate per migliorare la salute e prevenire il burnout, attraverso un intervento psicologico breve (Mayor, Salovay, & Caruso, 2008). In aggiunta il PCP è formato per l'assessment secondo una prospettiva sistemica.

Modulo IV: Trattamento psicologico integrato. Questo modulo si rivolge all'approccio "generalista" dell'intervento psicologico, per cui si attinge ai vari approcci terapeutici, oltre a un orientamento volto a rafforzare le caratteristiche sane dell'individuo, alla luce

del suo sistema personale. Tra gli altri in questo modulo sono considerati gli interventi rivolti agli stili di vita, alla promozione della salute e alla famiglia.

Modulo V: prospettiva evolutiva. Questo modulo è dedicato alla valutazione e al trattamento di bambini e adolescenti. Viene rivolta attenzione alle specifiche vulnerabilità psicologiche dell'infanzia, ai test e ai trattamenti specifici per bambini e adolescenti, all'orientamento e il sostegno per i genitori e al contatto con le scuole.

Le abilità e le conoscenze del training di formazione del PCP lo rendono un perfetto rappresentante del modello olistico, che si inserisce al meglio nel contesto della cura primaria (Derksen, 2009).

3.2.4 L'uso dei servizi di medicina generale dopo l'intervento del PCP

Già nel 1980 è stato sottolineato che gli interventi di salute mentale siano in grado di produrre un risparmio del 10% sul costo delle cure primarie (Mumford et al., 1984). Questo può controbilanciare i forti effetti d'incidenza dei disturbi psicologici presentati a livello di medicina generale, inoltre la fornitura di servizi psicologici può portare a un calo delle spese mediche non necessarie (Olfson et al., 1999). Una revisione meta-analitica (Chiles et al., 1999) ha mostrato che il 90% dei 91 studi analizzati hanno riportato una diminuzione nell'utilizzo dei servizi medici, a seguito di una qualche forma di intervento psicologico.

Un recente studio di Prins e colleghi (2014) ha indagato se la frequenza dei contatti con il medico di medicina generale, il tipo di problemi di salute presentato dai pazienti e la frequenza delle prescrizioni dei farmaci, presentino dei cambiamenti dopo un trattamento psicologico. Gli autori hanno eseguito pertanto uno studio di raccolta dati nel follow-up, in cui è stato seguito il percorso dei pazienti attraverso le cure primarie, combinando i database con la documentazione sanitaria dei medici e degli psicologi delle PC. Nello studio sono stati utilizzati i dati di cartelle cliniche elettroniche (routine electronic health record EHR) dei medici e degli psicologi che hanno partecipato al NIVEL Primary Care Database.³

³ Il NIVEL Primary Care Database contiene dati sui problemi di salute presentati, le prescrizioni e i rinvii di circa il 3,2% di tutte le pratiche generali nei Paesi Bassi. Include inoltre i dati longitudinali sui trattamenti terminati ed eseguiti da psicologi, che sono membri dell'Associazione Nazionale degli Psicologi di Cure Primarie (Prins et al., 2014).

Circa il 50% di tutte le cure primarie psicologiche nei Paesi Bassi vengono registrate nel numero di sessioni, nella diagnosi, nel livello di funzionamento, all'inizio e alla fine del trattamento, con il Global Assessment of Functioning scale GAF, nella tipologia di trattamento utilizzata e negli eventuali rinvii, su base annua, per ogni pazienti.

Lo Statistics Netherlands ha inoltre reso possibile collegare nello studio, i dati raccolti dal medico e dallo psicologo, in base alla data di nascita, al sesso e al codice postale dei pazienti (in accordo con la legislazione olandese). I dati dello studio di Prins e colleghi hanno riguardato i trattamenti psicologi che hanno avuto conclusione nell'anno 2009. Sono state registrate le date delle prime e delle ultime sedute con lo psicologo e le date di tutti i contatti con il GP (dal 1° gennaio 2008 al 31 dicembre 2010); inoltre sono state identificate le cure fornite nelle pratiche di medicina generale, per ogni singolo paziente nel periodo di sei mesi prima e dopo il trattamento psicologico. Da un'accurata selezione, gli autori hanno identificato 503 pazienti, che sono risultati presenti sia nei datasets del PCP che del GP. Dallo studio è emerso che durante i sei mesi prima del trattamento psicologico, i pazienti hanno contattato il loro medico di famiglia in media 6,1 volte, mentre sei mesi dopo il trattamento psicologico i pazienti hanno contattato il loro GP in media 4,8 volte (95% CI = 0.64–0.78). Dal gruppo di controllo, selezionato tra i pazienti che usufruiscono delle cure del GP, che ha la stessa distribuzione per età e sesso del gruppo di trattamento, è risultato che questi hanno contattato il loro medico di famiglia in media 3 volte in sei mesi. Inoltre la percentuale dei pazienti del gruppo di trattamento che si sono rivolti al loro medico per eventuali sintomi o disturbi psicologici o per problemi sociali è diminuita dal 46,3% al 38,8% dopo l'intervento dello psicologo (95% CI = 0.07–0.58). Anche la percentuale di prescrizioni farmacologiche è diminuita dal 26.8% al 22.7% (95% CI = 0.11–0.89); in particolare, la percentuale di farmaci ansiolitici è diminuita dal 15.5% al 7.6% (95% CI = 0.11–0.41).

Infine quasi la metà (47%) dei pazienti ha migliorato il proprio punteggio GAF di 20 punti o più dopo l'intervento psicologico. Dallo studio di Prins e colleghi (2014) è pertanto emerso che i pazienti hanno contattato i GP un numero minore di volte dal pre al post trattamento e hanno presentato problemi sociali o psicologici in misura minore: gli interventi degli psicologi possono quindi portare ad una riduzione dell'utilizzo dei servizi all'interno della medicina generale. Anche se i contatti con i GP sono diminuiti (da 6,1 a

4,8 volte in sei mesi) i dati restano comunque superiori alle 3 volte dei pazienti del gruppo di controllo. Questo dato, riconoscono gli autori, può essere spiegato alla luce della collaborazione tra medici e psicologi, per cui questo permetterebbe ai GP di poter assumere di nuovo la cura dei pazienti, dopo l'intervento psicologico al follow-up, soprattutto se questi assumono psicofarmaci (come antidepressivi). Un'altra spiegazione per questi risultati potrebbe essere ricondotta al funzionamento del SSN olandese. Come già detto, gli interventi psicologici a breve termine sono coperti dall'assicurazione sanitaria per 8 incontri mentre i restanti sono a carico dei pazienti. Pertanto, dato che le consultazioni in medicina generale sono totalmente coperte, le persone potrebbero ritornare dal loro medico di famiglia, se i problemi non sono completamente risolti.

Prins e colleghi (2014) riconoscono varie limitazioni al proprio studio tra le quali, il fatto che il periodo di sei mesi che è stato indagato prima e dopo l'intervento psicologico è limitato, pertanto non è possibile affermare la validità dei risultati nel lungo periodo. Futuri studi potranno consentire analisi su più pazienti e per un periodo di tempo più lungo, potendosi anche concentrare su sottogruppi di pazienti con diversi sintomi e diagnosi. Inoltre, i dati sono stati raccolti all'interno della medicina generale olandese e nel contesto delle pratiche psicologiche a livello primario; pertanto i risultati dello studio probabilmente possono essere generalizzabili solo ai Paesi in cui il ruolo del GP è comparabile ai medici olandesi e a quelle realtà in cui i servizi di salute mentale primari sono direttamente accessibili. Questi dati comunque confermano l'esigenza di una stretta collaborazione tra medici di medicina generale e psicologi nelle cure primarie (Prins et al., 2014).

Concludendo, in letteratura viene riconosciuta l'unicità dell'esperienza olandese nello sviluppo dell'assistenza psicologica di base. Lo speciale programma di formazione per il PCP nei Paesi Bassi è il risultato di 30 anni di sviluppo ed esperienza. Pertanto questo training può fornire un buon inizio per i diversi Paesi europei, al fine di promuovere l'intervento psicologico a breve termine nelle cure primarie. Lo specifico programma può aiutare a sottolineare l'importanza degli atteggiamenti e della mentalità del PCP, del modello biopsicosociale, dell'approccio "generalista" all'assessment, di un orientamento sistemico e della collaborazione con le altre discipline delle cure primarie ed in particolare con il medico di famiglia (Derksen, 2009).

3.3 Regno Unito

3.3.1 Il programma *Improving Access to Psychological Thererapies (IAPT)*

Nel Regno Unito il programma Improving Access to Psychological Thererapies (IAPT) 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)⁴, 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. Questa trasformazione iniziò nel 2001, e fu annunciata dal documento del Department of Health *Shifting the Balance of Power within the NHS* il cui titolo era già significativo: spostare l'equilibrio del potere all'interno del sistema sanitario nazionale. In estrema sintesi, 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.

Il programma IAPT ha avuto le sue origini in una vasta gamma di sviluppi clinici e politici. Innanzitutto, dal punto di vista clinico, a partire dal 2004 il NICE ha esaminato

⁴ Il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) è un organismo non dipartimentale che fa capo al Ministero della Salute nel Regno Unito. È nato come Istituto Nazionale per l'Eccellenza Clinica (National Institute for Clinical Excellence) nel 1999 e dal 1 aprile 2005 si è fuso con l'Health Development Agency. Con la riforma sanitaria del 2012 gli sono state attribuite ulteriori funzioni di carattere assistenziale diventando un Executive Non-Departmental Public Body (ENDPB). L'ente è attualmente utilizzato dal sistema sanitario di Inghilterra e Galles. Si occupa dell'analisi della letteratura in campo medico e tecnologico biomedico, con particolare interesse per la valutazione del rapporto costo/efficacia. Il NICE pubblica Linee Guida in quattro campi: tecnologia della salute (farmaci e procedure terapeutiche), pratica clinica (appropriatezza del trattamento delle persone con specifiche patologie), prevenzione delle malattie e medicina del lavoro, servizi sanitari e sociali. Il NICE ha acquisito una elevata autorevolezza in campo internazionale, anche come modello per lo sviluppo di Linee Guida cliniche.

una varietà di interventi per i disturbi d'ansia e depressione risultati efficaci; questo ha portato a una serie di linee guida cliniche che hanno sostenuto l'utilizzo delle seguenti terapie psicologiche: in particolare la CBT è stata raccomandata per i tutti i disturbi d'ansia e per la depressione, mentre altre terapie come la psicoterapia interpersonale, di coppia, il counseling e la terapia dinamica breve sono state raccomandate per il trattamento della depressione.

Il secondo importante sviluppo ha riguardato il lavoro congiunto di economisti e ricercatori clinici, che hanno messo in evidenza che: un aumento dell'accesso alle terapie psicologiche sarebbe largamente ripagato dalla riduzione dei costi pubblici legati ad ansia e depressione (come i costi medici) e ad un aumento delle entrate (come aumento della produttività ecc.) (Clark, 2011).

Il principale promotore di questa iniziativa è stato Lord Richard Layard, direttore del Centre for Economic Performance della London School of Economics and Political Science, come racconta nel proprio libro "Thrive: The power of evidence-based psychological therapies" (Layard R. & Clark D., 2014), nel 2005 presentò alla commissione politica di Tony Blair un documento (Layard R., 2005) dove esponeva i mezzi necessari per migliorare l'accesso alle terapie evidence-based indicate dal NICE e i motivi alla base di questa proposta. La commissione politica fu particolarmente colpita dai dati che mostravano come non fosse possibile accedere ai trattamenti indicati come migliori dal NICE e la ricaduta di ciò in termini di salute e spesa pubblica; Tony Blair incluse nel suo manifesto politico l'impegno a migliorare i servizi per le persone con problemi mentali, con interventi di terapia psicologica in aggiunta a quelli farmacologici.

In questi anni Lord Layard e il suo gruppo di lavoro hanno raccolto numerosi dati necessari a convincere le commissioni politiche a sovvenzionare il progetto IAPT. Nel 2006 è stato pubblicato il The Depression Report (Layard et al., 2006), con un'analisi epidemiologica ed economica dei dati relativi al disturbo depressivo in Gran Bretagna:

- circa il 15% della popolazione generale soffre di sindromi psicopatologiche non psicotiche;
- la depressione e le altre patologie psicologiche rappresentano complessivamente circa il 40% della disabilità lavorativa (contro il 5% dovuto a patologie cardiovascolari o l'8% all'alcolismo) e il 38% di chi riceve indennità per disabilità;
- sebbene la depressione e l'ansia rappresentino un terzo di tutte le disabilità, solo il 2% della spesa del National Health Service (NHS) è investita per queste malattie

ed è per la maggior parte riservata a schizofrenia e disturbi bipolari, che colpiscono solo l'1% della popolazione; tutto questo ha un costo elevato per la società, stimato il circa 12 bilioni di sterline, circa l'1% del Pil britannico.

Un altro report della School of Economics [17] ha evidenziato l'incidenza della malattia mentale e le conseguenze per il servizio sanitario inglese:

- la percentuale di malattie mentali nella popolazione sotto i 65 anni è quasi il 50%;
- in media una persona con depressione ha il 50% in più di disabilità rispetto a una persona con disabilità croniche come angina, asma o diabete;
- i disturbi psicopatologici sono responsabili del 40% della comorbilità, nel complesso più di tutte le malattie fisiche messe insieme;
- la malattia mentale ha lo stesso effetto, sull'aspettativa di vita, del fumo e dell'obesità;
- solo un quarto della popolazione che soffre di malattia mentale riceve un adeguato trattamento.

Alla luce di questi dati, nel 2007 il Governo inglese ha annunciato l'Improving Access to Psychological Therapies (IAPT).

Fra il 2008 e il 2011 almeno 3.600 nuovi psicologi sono stati formati e impiegati nei nuovi servizi clinici IAPT offrendo terapie psicologiche evidence-based, secondo le raccomandazioni del NICE, con la previsione di un loro aumento. I loro training hanno seguito curriculum a livello nazionale, particolarmente incentratato sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

La ristrutturazione del NHS verso una maggiore attenzione alle cure primarie, con la relativa nuova allocazione delle risorse economiche, ha ancora più esasperato una tendenza, da sempre presente in Inghilterra, di assoluta attenzione ai costi economici e al controllo della spesa, nonché a quanto ritorna dagli investimenti effettuati, il cosiddetto value for money, mentre l'altro grande principio che ha guidato la ristrutturazione del sistema sanitario inglese è 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), intende quindi promuovere un più ampio utilizzo delle terapie psicologiche fra quelle dimostrate 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. In questo modo sono garantite sia l'appropriatezza delle cure, cioè l'efficacia clinica, sia l'essere cost-effective, cioè l'efficienza economica. Lo IAPT, infatti, ha come obiettivo centrale la riduzione dei costi generali del sistema sanitario dovuti al disturbo mentale tramite un generale miglioramento della salute mentale della popolazione e del suo benessere psicologico, che si traduce automaticamente in risparmio economico per l'intera società inglese, grazie alle minori assenze per malattia dai posti di lavoro, e per il minor peso economico complessivo che il disturbo mentale arreca al sistema di welfare.

Secondo le linee guida NICE, riportate in *Tabella 3.1*, 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.

Invece 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 di offrire subito ai pazienti un trattamento psicologico vis a vis e "high-intensity": l'intervento ad alta intensità erogato da Terapeuti CBT, che 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).

Place in stepped-care service	Disorder	Recommended intervention
Step 3: High-intensity service (Primarily weekly, face-to-face, one-to-one sessions with a suitably trained therapist. In some disorders, such as depression, CBT can also be delivered effectively to small groups of patients. Behavioural couples therapy naturally involves the therapist, the depressed client and his/her partner)	Depression: moderate to severe	CBT or IPT ^a , each with medication
	Depression: mild to moderate	CBT or IPT ^a Behavioural activation (BA) ^{a,b} Behavioural couples therapy (if the patient has a partner, the relationship is considered to be contributing to the maintenance of the depression, and both parties wish to work together in therapy) Counselling ^a or short-term psychodynamic therapy ^a (consider if patient has declined CBT, IPT, BA, or behavioural couples therapy)
	Panic disorder	CBT
	Generalized anxiety disorder (GAD)	CBT
	Post-traumatic stress disorder (PTSD)	CBT, EMDR
	Social phobia	CBT
	Obsessive-compulsive disorder (OCD)	CBT
Step 2: Low-intensity service (Less intensive clinician input than the high intensity service. Patients are typically encouraged to work through some form of self-help programme with frequent, brief guidance and encouragement from a PWP who acts as a coach)	Depression	Guided self-help based on CBT, cCBT, behavioural activation, structured physical activity
	Panic disorder	Self-help based on CBT, cCBT
	GAD	Self-help based on CBT, psycho-educational groups, computerized CBT
	PTSD	n/a ^c
	Social phobia	n/a
Step 1: Primary care	OCD	Guided self-help based on CBT
	Moderate to severe depression with a chronic physical health problem	Collaborative care (consider if depression has not responded to initial course of high intensity intervention and/or medication)

Tabella 3.1: Riassunto delle raccomandazioni NICE per il trattamento psicologico di depressione e ansia. PWP, Psychological wellbeing practitioner; CBT, cognitive behavioural therapy; cCBT, computerized cognitive behavioural therapy; IPT, interpersonal therapy; EMDR, eye movement desensitization reprocessing therapy (considerato una forma di CBT); Behavioural activation è una variante della CBT; Active monitoring, include un attento monitoraggio dei sintomi, psico-educazione sulla malattia e consigli sul sonno. NICE non ha ancora fornito indicazioni sul trattamento della fobia sociale. Tuttavia, vi è un numero consistente di prove a sostegno dell'efficacia della CBT ad alta intensità. Anche versioni a bassa intensità sono stati studiati e è probabile che avranno un ruolo utile nel futuro. Sono presenti degli aggiornamenti per quanto riguarda il trattamento della depressione: le raccomandazioni per il trattamento della 'depressione' e quelle per 'la depressione in adulti con un problema di salute fisico cronico', quest'ultima sconsiglia l'IPT, l'attivazione comportamentale, il counselling o terapia breve dinamica come interventi ad alta intensità. Il NICE non raccomanda alcun intervento a bassa intensità per il PTSD (Clark, 2011).

Layard e colleghi (2006) affermano che l'obiettivo del programma IAPT è quello di costruire un servizio di terapia di alta qualità a cui i GP e gli altri professionisti della salute

mentale possono riferirsi per il trattamento delle persone con ansia e depressione. Inoltre gli individui stessi possono richiedere la terapia e le persone che hanno dei sussidi per la propria invalidità possono essere indirizzati anche dai Centri per l'Impiego ai servizi IAPT. I servizi sono vicini al luogo in cui le persone vivono. I terapeuti del servizio IAPT lavorano in un team che include anche clinici più esperti che possono supervisionare quelli in formazione.

Inoltre, affinché il servizio sia efficace è essenziale monitorare il progresso dei pazienti. Questo avviene grazie alla somministrazione di questionari standardizzati prima di ogni sessione. Tali informazioni sono utili sia per verificare l'andamento dei colloqui che per capire i problemi che insorgono e come stanno agendo i singoli terapeuti. Pertanto tramite questo monitoraggio è possibile ottenere un buon rapporto qualità-prezzo per tutto il servizio. E' inoltre emerso che il lavoro è un elemento essenziale per il recupero del paziente; così in ogni team sono presenti anche dei consulenti del lavoro. Lo svolgimento della terapia si ha maggiormente negli ambulatori di medicina generale, nei centri per l'impiego, nei luoghi di lavoro o nelle sedi di organizzazioni volontarie. I pazienti possono essere indirizzati attraverso qualsiasi di queste organizzazioni e sono poi valutati dal team, prima di essere assegnati al terapeuta più adatto (Layard et al., 2006).

Il governo inglese ha recepito positivamente queste argomentazioni e ha preso l'impegno di aumentare la disponibilità di trattamenti psicologici evidenced-based. Ha deciso pertanto di finanziare due progetti pilota, per verificare se i risultati attesi dalle linee guida NICE potessero essere raggiunti nella pratica. Il programma IAPT è partito nei due siti pilota di Doncaster e Newham che hanno ricevuto fondi per reclutare e mettere a lavoro i terapeuti. A Doncaster sono state fornite terapie low-intensity, mentre Newham ha posto maggiormente attenzione ad interventi high-intensity basati sulla CBT e a seconda dei casi è stato utilizzato un approccio stepped-care. E' stata coinvolta una nuova "forza lavoro" ossia terapeuti low-intensity (che successivamente sono stati chiamati psychological wellbeing practitioners o PWP).

Un aspetto interessante che emerge dalla letteratura, riguarda il fatto che, dalla nascita del SSN inglese nel 1948, la maggior parte dei pazienti che necessitavano di una terapia psicologica specialistica, dovevano far riferimento al medico di medicina generale (general practitioner GP), in parte per contribuire a vincolare i costi del SSN. Tuttavia esisteva una certa preoccupazione per questo aspetto, in quanto poteva essere un impedimento per l'accesso di alcuni membri della comunità. Per questa ragione i siti

pilota sono stati autorizzati anche ad accettare gli “auto-invii”, come esperimento per vedere se in questo modo potevano essere intercettate persone con disturbi mentali, che non avrebbero altrimenti avuto accesso al servizio. Newham ha una comunità etnica mista ed ha fatto un uso intensivo di auto-invii. Le minoranze sono risultate infatti sottorappresentate tra gli invii del GP e queste persone mostravano tassi più alti di disturbo post traumatico da stress e di fobia sociale (entrambe condizioni che tradizionalmente tendono a essere meno riconosciute).

I due siti hanno visto un numero impressionante di persone (oltre 3500) nel primo anno, con la necessità di aumentare i PWP impiegati.

Dopo il successo dei siti pilota a Newham e Doncaster il governo britannico ha aumentato notevolmente la disponibilità di terapie psicologiche evidence-based per i disturbi d’ansia e depressione, attraverso l’implementazione graduale in diversi anni, di finanziamenti per un totale di oltre 300 milioni di £ nei primi tre anni. I finanziamenti sono stati assegnati per la formazione di 3600 nuovi terapeuti psicologi, 60% dei quali terapeuti CBT high-intensity e il restante 40% PWP, che hanno fornito, insieme a clinici esperti, i nuovi servizi di trattamento psicologico per i disturbi d’ansia e depressione, operando secondo un modello di cura stepped-care (Clark, 2011).

Fondi notevoli sono stati investiti per mettere a disposizione dei pazienti del NHS una adeguata serie di terapie psicologiche: 33 milioni di sterline per il biennio 2008-2009, 70 milioni di sterline per il biennio 2009-2010, e altri 70 milioni di sterline per il biennio 2010-2011, per un totale di 173 milioni di sterline in tre anni.

3.3.2 I risultati ottenuti

Nei due siti pilota di Newham e Doncaster è stato presente un sistema di monitoraggio d’esito, per quei pazienti che hanno avuto almeno due incontri di trattamento, ai quali sono stati somministrati il Patient Health Questionnaire (PHQ-9) per la depressione e il Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) per l’ansia. Sono stati inclusi sia quei pazienti che hanno completato il trattamento che coloro che hanno avuto un drop-out dal loro terapeuta. I pazienti trattati in entrambi i siti hanno mostrato miglioramenti significativi (pre/post trattamento con effect size di 0.98 – 1.26). Inoltre i pazienti sono stati considerati in remissione clinica se hanno mostrato un cut-off clinico al PHQ e/o al GAD al pre-trattamento e valori al di sotto del cut-off nel post-trattamento. Utilizzando

tali criteri i pazienti con un recupero clinico significativo, sono risultati il 55% per Newham e il 56% per Doncaster (Clark, 2011).

Per quanto riguarda le argomentazioni economiche dello IAPT (Layard, et al., 2007), queste sono basate sul presupposto che i miglioramenti clinici vengono mantenuti e che il trattamento possa incrementare lo stato di occupazione delle persone nonché la diminuzione della sperimentazione dei sintomi. Al fine di valutare se i miglioramenti clinici sono mantenuti nel tempo, ai pazienti di entrambi i siti è stato richiesto di eseguire di nuovo le misure d'outcome, 9 mesi (in media) dopo la dimissione. In realtà i dati al follow-up sono stati molto inferiori; però tra coloro che hanno partecipato, i miglioramenti ottenuti durante la terapia sono stati in gran parte mantenuti. Inoltre è stato osservato un incremento del tasso di occupazione del 5%, superiore anche a quello prospettato da Layard e colleghi (2007). Anche se i risultati osservati nei siti pilota sono stati in linea con le aspettative, Clark (2009) riconosce che i siti non sono stati impostati su trial clinici randomizzati e che un certo miglioramento potrebbe essere osservato comunque, a causa dei tassi naturali di remissione.

Secondo un report del primo anno del programma IAPT (Glover et al., 2010) è emerso che la maggioranza dei pazienti ha ricevuto il trattamento suggerito dal NICE, sono stati forniti i low-intervention tra cui l'auto-aiuto guidato e i gruppi di psicoeducazione e la CBT come terapia psicologica high-intensity per la depressione e tutti i disturbi d'ansia. Il secondo report (Gyani et al., 2013) ha esplorato la variabilità osservata nei tassi di recupero. Le analisi hanno messo in evidenza come coloro che all'entrata nel servizio avevano problemi clinici e hanno ricevuto almeno due sessioni di trattamento completandolo, hanno avuto buoni outcome dal pre al post trattamento.

I risultati di questi report pertanto, in generale, sostengono il modello clinico IAPT e evidenziano il valore delle linee guida NICE. I pazienti che hanno avuto ampie possibilità di guarigione sono stati trattati nei siti che facevano un buon uso della cura stepped-care. Sono stati inoltre utilizzati trattamenti anche non raccomandati dal NICE. A tal proposito è stato evidenziato che non è presente alcuna differenza tra la CBT e il counselling nei tassi di recupero per la diagnosi di depressione. Mentre altri interventi non raccomandati dal NICE hanno ottenuto dei tassi di recupero minori rispetto a quei trattamenti presenti nelle linee guida anche se, riportano gli autori, questi confronti non sono stati condotti tramite studi clinici randomizzati.

Un'ulteriore variabile considerata nel secondo report (Gyani et al., 2013) è riferita alla gravità iniziale. Pertanto è emerso che i pazienti con alti punteggi iniziali di ansia e depressione hanno avuto una probabilità minore di recupero alla fine del trattamento, ma nel complesso la quantità di miglioramento sintomatico era ampia come quella osservata nei casi di disturbi più lievi. Questi dati suggeriscono pertanto che i servizi IAPT possono portare benefici per individui con una vasta gamma di gravità dei sintomi.

A partire da gennaio 2008 ogni servizio IAPT è caratterizzato da:

- un modello di lavoro multidisciplinare, con team composti da psichiatri, psicologi, infermieri psichiatrici;
- un punto unico di accesso che funziona come filtro (una delle attività principali è il cosiddetto signposting, cioè l'instradare i pazienti nel giusto percorso terapeutico: il percorso si avvale sia di interventi sanitari che di interventi psicosociali) ed invio ai servizi psicoterapeutici; nel punto unico vengono analizzati gli invii dei medici di base, così come vengono accettati anche autoinvii. Gli invii vengono accettati telefonicamente, per lettera, e vengono accettati anche invii da parte di parenti ma previa autorizzazione della persona interessata;
- una valutazione centrata sulla persona, che identifica i problemi chiave che richiedono un trattamento e l'attenzione al contesto sociale e personale dei pazienti. Inoltre gli obiettivi della terapia e il piano di trattamento sono concordati congiuntamente;
- il modello di cura stepped-care, secondo cui a molte persone con disturbo medio-lieve di depressione o d'ansia, viene offerto inizialmente un trattamento con un PWP. E' emerso che molte persone riescono a recuperare con questo trattamento; mentre a quegli individui che non riescono a migliorare con questo tipo di intervento, viene fornito un trattamento high-intensity. Quest'ultimo è raccomandato come trattamento immediato per i pazienti con depressione grave o ansia e per il disturbo post traumatico da stress. I trattamenti offerti dovrebbero essere in linea con le raccomandazioni NICE;
- l'uso dello IAPT Minimum Dataset, che include l'utilizzo di misure self report, se pertinenti. Inoltre tutti i dati sono inseriti in un database elettronico che permette ai terapeuti e i loro supervisori di monitorare i progressi dei pazienti e del trattamento;

- tutti i terapeuti ricevono settimanalmente interventi di supervisione che garantiscono che tutti i casi possano essere discussi a intervalli regolari e le decisioni “step-up/step-down” vengano realizzate in maniera tempestiva (Clark, 2011).

Dalle prime fasi del programma è emerso che tramite gli alti livelli di completezza dei dati ottenuti dal programma IAPT c'è stata una maggiore trasparenza per quanto riguarda i servizi di salute mentale e questo ha aiutato a identificare sia le aree di eccellenza che quelle che richiedono ulteriore attenzione, cercando di migliorare ulteriormente le cure da offrire alle persone con disturbi d'ansia e depressione (Clark, 2011).

Le motivazioni di base per diffondere l'implementazione del programma IAPT, oltre alla riduzione della prevalenza dei disturbi mentali nel Regno Unito, hanno riguardato i vantaggi economici associati con l'aumento della produttività e il reimpiego delle persone alle quali è stata offerta una cura.

Il valore medio di sessioni di terapia nei servizi del programma IAPT è stato di 5 incontri, per quanto riguarda i trattamenti low intensity e 8 per gli individui che hanno ricevuto un trattamento high intensity. Le persone che passavano dallo step dei trattamenti ad “alta intensità” a “bassa intensità” hanno ricevuto in media più di 3 sessioni di interventi low intensity e 2 di high intensity. Coloro che invece sono passati dagli interventi low intensity agli high intensity, hanno ricevuto 1 sessione a “bassa intensità” e 8 ad “alta”. Nel complesso, la stima del costo per il completamento della terapia, indipendentemente dal ciclo di trattamento, è stata di 877 £ variando da 689 sterline a 1227 £, tra i PCT.

Tra coloro che hanno completato il trattamento, il tasso di recupero è stato maggiore del 50% in tutte le tipologie di terapia e questo dato è in linea con quanto riportato nel report di Clark e colleghi (2009). C'è inoltre un certo dibattito circa i target nazionali da considerare, in quanto il tasso di remissione naturale è circa del 30% per la depressione e minore per i disturbi d'ansia (Layard, et al., 2007). Come affermano Clark e colleghi (2009) il recupero naturale varia a seconda della durata preliminare del disturbo clinico ed è ragionevole che, gli obiettivi a livello nazionale siano dati a seconda di quello che emerge dalla letteratura.

Secondo quanto si può leggere in un report dello IAPT (IAPT 3 Year Report - The first million patients, November 2012), nei primi tre anni è stato trattato più di un milione di persone nei servizi IAPT, di cui più di 680000 hanno concluso un percorso di trattamento;

in tutto vi sono stati circa 250000 casi di recupero (41%) e sono stati formati circa 4000 nuovi terapeuti, con un guadagno economico in termini di mantenimento o conquista di lavoro, con più di 45000 persone che non hanno più dovuto ricevere indennità di malattia. Il programma IAPT, basato su argomentazioni economiche ed evidenze cliniche, rappresenta il più grande cambiamento nella politica del Regno Unito, per quanto riguarda i servizi di salute mentale, negli ultimi 50 anni (Radhakrishnan et al., 2013).

3.3.3 La fase successiva (2011-2015)

Dopo il successo iniziale dei primi tre anni del programma IAPT, il governo inglese ha annunciato nel febbraio 2011, un ulteriore investimento NHS di 400 milioni di £ per completare ed estendere il programma nel periodo tra il 2011 e il 2015.

La fase successiva di implementazione ha riguardato la formazione di altrettanti terapeuti PWP e high intensity. Inoltre il Continuing professional development (CPD) ha fornito corsi per migliorare e aggiornare ulteriormente le competenze cliniche esistenti. Questi corsi CPD sono in linea con i curricula nazionali e con le competenze pubblicate sul sito <http://www.iapt.nhs.uk> che riguardano la psicoterapia interpersonale, la terapia di coppia, una forma breve di terapia psicodinamica (terapia interpersonale dinamica) e il counselling. Il Department of Health ha sottolineato specificatamente l'importanza dello IAPT includendolo nel quadro operativo per il National Health Service (NHS). Il Commissioning Talking Therapies per il 2011/2012 (Department of Health, 2011) ha delineato i principali risparmi per quanto riguarda i costi del NHS e per la società, che possono essere realizzati, aumentando la disponibilità di trattamenti evidence-based per le malattie d'ansia e depressione. Uno dei primi risparmi che sono stati rilevati riguarda il trattamento medico delle malattie croniche come il diabete e le malattie coronariche o polmonari che sono tra le più costose da gestire medicalmente, in particolare nei casi in cui la persona riporti anche la presenza di depressione.

Una sfida ulteriore riguarda il rapporto tra lo IAPT e gli altri servizi di salute mentale NHS. E' importante che i nuovi servizi IAPT siano ben integrati con i servizi locali; perché ciò avvenga è necessario che siano sviluppati percorsi di cura coerenti che diano chiarezza su chi dovrebbe essere visto, da quale servizio e a quale punto della cura. Il passaggio tra i servizi dovrebbe essere pertanto facilitato ogni volta che è ritenuto appropriato.

Una nuova caratteristica del programma è stata la creazione di una versione IAPT per i bambini e i giovani. Infatti molti dei disturbi d'ansia emergono nell'adolescenza e nella prima età adulta, interferendo in maniera significativa con lo sviluppo sociale ed educativo delle persone. Per questo motivo risulta importante poter implementare trattamenti psicologici efficaci disponibili nell'infanzia e nell'adolescenza (Clark, 2011). Grazie al programma IAPT afferma Clark (2011), un gran numero di persone che non avrebbero avuto in precedenza la possibilità di avere un trattamento psicologico hanno avuto accesso a questo tipo di servizi.

3.3.4 La formazione

Il programma di formazione è basato sulle linee guida del NICE, che per il trattamento della depressione, da moderata a severa, prevedono la terapia cognitivo comportamentale (TCC) o la Psicoterapia Interpersonale, mentre per la depressione da media a moderata prevede trattamenti TCC (individuale o di gruppo), Psicoterapia Interpersonale, Counselling per la depressione, e terapia breve psicodinamica. La differenza più grande negli outcomes di una terapia è data dal differente livello di formazione del terapeuta (Elhers et al., 2014), e il programma IAPT eroga solo trattamenti dalla comprovata efficacia forniti da professionisti la cui formazione consiste in un anno di corsi, strutturati in due giorni la settimana di lezioni in università e tre giorni di pratica sotto supervisione; la certificazione è fornita dalla British Association of Behavioural and Cognitive Therapists and British Psychological Society (Layard R. & Clark D., 2014). Sono stati prodotti pertanto un gran numero di documenti che forniscono una guida per i corsi (la maggior parte dei quali può essere vista sul sito web IAPT <http://www.iapt.nhs.uk>).

Per gestire la formazione dei terapeuti, il Department of Health ha commissionato e distribuito curricula nazionali differenziati per la formazione dei terapeuti high-intensity CBT da quelli destinati ai PWP. Dato che lo scopo principale del programma IAPT è stato quello di aumentare la disponibilità dei trattamenti consigliati dal NICE, i curriculum per i terapeuti high-intensity CBT sono stati in linea con i programmi che sono risultati efficaci tramite i randomized controlled trial RCT. Ai tirocinanti sono stati insegnati i trattamenti evidence-based. Inoltre il loro curriculum, oltre a specificare le competenze che devono acquisire, indica anche come queste abilità devono essere valutate. La valutazione è

avvenuta pertanto tramite l'utilizzo della Cognitive Therapy Rating Scale (CTS-R) (Blackburn et al., 2001) applicata sia ai casi reali di terapia che ai documenti scritti, sotto forma di case report.

Un curriculum diverso è stato diffuso per la formazione dei PWP. Le quattro sezioni del curriculum riguardano: (1) l'impegno e la valutazione, (2) i trattamenti evidence-based "low intensity", (3) i valori, la politica, la cultura e la diversità, (4) il lavoro all'interno di un contesto sanitario occupazionale e sociale. Sia i programmi di formazione CBT high-intensity che PWP sono stati concepiti come "formazione in servizio". Per un periodo di circa 1 anno i tirocinanti high-intensity hanno frequentato presso l'università, corsi, conferenze, workshop e supervisione per due volte a settimana, mentre i PWP hanno frequentato corsi universitari, un giorno a settimana. Per il tempo restante, entrambe le tipologie di tirocinanti hanno lavorato in un servizio IAPT dove hanno ricevuto ulteriori regolari supervisioni. Inoltre i servizi sono stati incoraggiati a dare l'opportunità ai tirocinanti di osservare direttamente sedute di terapie condotte dal personale esperto che lavora nel servizio (Clark, 2011).

3.4 Paesi Bassi e Regno Unito: un confronto conclusivo

I modelli di integrazione inglese e olandese sono quelli più strutturati e organici. Il PCP olandese è nato dal basso, da iniziative autonome di psicologi e medici di base, durate quasi trent'anni: dal 2008 è un servizio strutturato nel servizio sanitario e prevede una formazione specifica. Il programma IAPT è nato con un progetto unico proposto da Lord Layard e dai suoi collaboratori, e prevedeva un inizio in due siti sperimentali e un successivo ampliamento, insieme anch'esso a un programma specifico di formazione. Nei due modelli di integrazione analizzati emergono dei temi comuni:

- la necessità di integrazione in un team multiprofessionale e della collaborazione col medico di base;
- la necessità di un servizio presente sul territorio, meglio se co-locato con quello di medicina generale;
- la necessità di fornire dei trattamenti evidence-based, adeguati al contesto di intervento (la cura primaria);
- la necessità di adeguati finanziamenti, che possano garantire la qualità, la continuità e l'evoluzione del servizio;

- la necessità di monitorare e valutare i servizi offerti;
- la necessità di una formazione specifica;

Le esperienze analizzate hanno mostrato risultati positivi, con alte percentuali di persone trattate con successo e un gradimento del servizio da parte degli operatori sanitari e dell'utenza; ciò ha portato a una definitiva integrazione del servizio in Olanda e un'implementazione futura negli altri paesi, in particolare in Gran Bretagna dove si prevede di formare ulteriori professionisti e ampliare la tipologia di trattamenti offerti (altre fasce d'età e altre problematiche).

È stata inoltre fornita una specifica formazione allo psicologo: gli psicologi che vogliono lavorare nel servizio IAPT o come PCP devono necessariamente aver seguito dei corsi specifici accreditati che prevedono lezioni teoriche e attività con supervisione. Data la varietà di approcci psicoterapici e di livelli di formazione differenti, e dato che è stato studiato che la differenza più grande negli outcomes di una terapia è data dal diverso livello di formazione del terapeuta (Elhers et al., 2014), è evidente come per fornire un servizio di qualità, efficace e ben strutturato, sia necessario garantire che tutti i professionisti abbiano un'adeguata formazione di base. Ha avuto primaria importanza in tutte le iniziative la capacità di integrarsi in un team multiprofessionale e, in particolare, la collaborazione con il medico di base, che è stato coinvolto nell'invio dei pazienti, nella condivisione delle cartelle cliniche e, spesso, anche degli spazi fisici di intervento. I tipi di modelli di integrazione presenti nei Paesi presi in esame prevedono un servizio molto spesso co-locato, fornito nello stesso setting del medico di medicina generale, o, in ogni caso, coordinato col medico: vi è sempre collaborazione e integrazione fra le due professionalità, sia per quanto riguarda l'invio del paziente, sia per quanto riguarda i consulti e la condivisione delle cartelle cliniche.

I cambiamenti nel sistema sanitario, che integrano la salute mentale nei servizi di cura primaria, offrono agli psicologi una possibilità di lavoro e di crescita professionale senza precedenti. Gli psicologi, infatti, non sono solo in grado di fare valutazione, diagnosi e trattamento dei disturbi mentali, ma dovrebbero essere in grado di fornire molti altri interventi: ad esempio quelli legati alla prevenzione e alla promozione della salute, alla gestione di una malattia cronica, all'aderenza alle terapie prescritte. L'American Psychological Association (APA) ha affermato che in virtù di questo loro ruolo, gli psicologi e i loro servizi dovrebbero essere completamente integrati in qualsiasi iniziativa legislativa che potenzia il ruolo della cura primaria nel sistema sanitario. In un articolo

pubblicato dall'APA nel 2011, si legge, infatti: *"What is abundantly clear is that, as the face of health care changes, professional psychology must respond swiftly and appropriately not only to remain viable, but to thrive"* (*"E' chiaro che, di fronte ai cambiamenti dell'assistenza sanitaria, gli psicologi professionisti devono rispondervi rapidamente e adeguatamente non solo per sopravvivere, ma per prosperare"*).

3.5 Le esperienze italiane

*"E poi Sisifo vidi, che spasmi orrendi pativa
che con entrambe le mani spingeva un immane macigno.
Esso, facendo forza con ambe le mani ed i piedi su su fino alla vetta spingeva il macigno,
ma quando già superava la cima, lo cacciava indietro una forza.
Di nuovo al piano così rotolava l'orrendo macigno.
Ed ei di nuovo in su lo spingeva e puntava;
e il sudore scorrea pei membri e via gli balzava dal capo la polvere".*
Omero, Odissea

3.5.1 Lo stato dell'arte in Italia

Riassumo brevemente, per ragioni di chiarezza espositiva, i dati relativi al nostro Paese rispetto al gap tra bisogno e richiesta di aiuto psicologico.

Dall'European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED⁵) è emerso che in Italia, il 18,3% delle persone intervistate afferma di aver sofferto di almeno un disturbo mentale nel corso di tutta la loro vita, mentre il 7,3% afferma di averne sofferto negli ultimi dodici mesi. La percentuale di coloro che hanno richiesto una consultazione psicologica varia però dal 3 al 5,5% (Lega & Gigantesco, 2008; Miglioretti & Romano, 2008).

La depressione maggiore e le fobie specifiche sono risultati i disturbi più comuni (De Girolamo et al., 2005). Dati più recenti provenienti dall'indagine multiscopo dell'Istat,

⁵ Lo studio ESEMeD fa parte del più ampio studio a livello europeo al qual hanno preso parte Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna. In Italia la ricerca è stata promossa e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale. Data l'ampiezza delle informazioni raccolte, lo studio fornisce un quadro ricco e articolato dei disturbi mentali nella popolazione italiana.

relativi agli anni 2009 e 2010, evidenziano una prevalenza “riferita” dei disturbi mentali (classificati come “disturbi nervosi”) intorno al 4,4% per la popolazione totale e questo dato sale al 9,8% per gli ultrasessantacinquenni (<http://www.rssp.salute.gov.it>).

In aggiunta anche in Italia, come emerso negli altri Paesi, i disturbi mentali nella medicina generale sono estremamente diffusi e rappresentano un importante carico di lavoro per il MMG. Come abbiamo visto, la prima ricerca epidemiologica nazionale sulla depressione nelle cure primarie (Berdardi, 2002) afferma che la prevalenza del disturbo depressivo (secondo la classificazione ICD-10) riscontrata negli studi degli MMG è dell’8,4%. Nello stesso studio emerge che il 41% dei pazienti che chiedevano una consultazione con il MMG dichiaravano problemi di natura psicologica o problemi familiari. La depressione, inoltre, ha generato una frequenza elevata di visite negli studi dei MMG: il 27,7%, contro il 12,8% dei pazienti non depressi. Inoltre, il 41% dei pazienti che si rivolgevano agli studi di medicina generale dichiaravano problemi di natura psicologica o familiari. Un altro studio italiano ha evidenziato che il 24% dei pazienti che giungono all’attenzione del medico di famiglia presentano un disturbo psichiatrico qualificabile come depressione (10,4%) o ansia (7,9%), e solo una quota minoritaria (2%) si rivolge direttamente ai servizi di salute mentale e psichiatrici (Curcetti, 2008).

Riportando i dati relativi all’Asl di Verona relativi all’Italian Study of Depression (ISD), lo Studio Italiano sulla Depressione (Baviera et al., 2007), è emerso che in una popolazione di circa 233.000 persone il 3,9% riceve una prescrizione di antidepressivi in un anno; solo il 6% dei medici non ha pazienti in carico con antidepressivi mentre il 65% tratta 3-5 pazienti ogni 100 con antidepressivi, e il 5% ne tratta più di 10. Inoltre, in una fase pilota condotta con 38 medici di famiglia è risultato che in media, in una settimana, un medico identifica circa 8 pazienti con un problema riconducibile alla depressione.

E ancora, da un’indagine Istat emerge come rispetto al 2005 migliori lo stato di salute fisica ma peggiori il benessere psicologico. L’invalidità per malattie mentali colpisce ancora circa 700 mila individui e le sindromi più diffuse sono ancora quelle depressive. Si stima inoltre che le persone con un disturbo depressivo siano circa 2,6 milioni (4,4%) con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini. Se a queste prevalenze si aggiungesse la quota delle persone potenzialmente a rischio di sviluppare un disturbo depressivo in quanto ne hanno già sofferto in passato, la prevalenza aumenta al 7,8% (dati Istat 2015).

Dal rapporto OSMED sull’uso dei farmaci è risultato che più di un milione di pazienti sono stati trattati con antidepressivi nell’anno 2014 in Italia. La prevalenza del trattamento

è inoltre risultata in aumento rispetto all'anno precedente (+1,4% nel 2014 rispetto al 2013) (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, 2015).

E' infine interessante notare che, nel contesto italiano, la richiesta di trattamento per i disturbi è molto ritardata: solo il 17% dei soggetti affetti da un qualche disturbo d'ansia e il 29% delle persone con depressione maggiore, ricevono un trattamento per il proprio disturbo nello stesso anno in cui esso insorge. Dalla letteratura emerge un problema di sottoutilizzo dei servizi sanitari in Italia e in particolare dei servizi per la salute mentale, da parte di coloro che soffrono di disturbi mentali "comuni" (Wang et al., 2007).

Questi dati sulla situazione dei disturbi mentali nel contesto italiano parlano chiaro e confermano il bisogno di realizzare un modello sanitario di cure primarie in cui inserire il ruolo psicologico. Nel nostro Paese, però, la figura dello psicologo delle cure primarie non è ancora stata istituita formalmente da alcuna legge approvata.

Il bisogno di questa figura è sicuramente vivo in Italia, e lo dimostrano le diverse proposte di legge che negli anni sono state tentate; l'effettiva operazionalizzazione è stata però resa faticosa dalla discontinuità politica e amministrativa. Ad ogni ricambio politico, infatti, come sottolinea Liuzzi (2016), molto di ciò che proviene dalla gestione precedente viene rallentato, modificato o addirittura eliminato, a favore della creazione di nuovi progetti e iniziative, che, nonostante promettano efficacia ed efficienza economica, non prendono mai vita, anche a causa di appartenenze politiche avverse alla propria. Per questo in Italia non si è mai potuta creare la situazione che abbiamo visto esistere nel Regno Unito, dove il programma IAPT creato dall'amministrazione laburista di Gordon Brown è stato portato avanti dal governo conservatore di David Cameron, in quanto riconosciuto valido indipendentemente dall'appartenenza politica.

Liuzzi paragona tutto ciò al mito di Sisifo, figlio di Eolo ed Enarete e fondatore della città di Corinto: come punizione per la sagacia dell'uomo che aveva osato sfidare gli dèi, Zeus decise che Sisifo avrebbe dovuto spingere un masso dalla base alla cima di un monte. Tuttavia, ogni volta che Sisifo raggiungeva la cima, il masso rotolava nuovamente alla base del monte. Ogni volta e per l'eternità, Sisifo avrebbe dovuto ricominciare da capo la sua scalata senza mai riuscirci. Allo stesso modo ogni proposta di legge e ogni progetto vengono elaborati e portati avanti fino quasi alla loro conclusione per poi essere vanificati dal ricambio politico.

3.5.2 Interventi legislativi verso un'integrazione delle cure

I servizi psicologici in Italia sono forniti gratuitamente, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, solo nei casi di patologie con diagnosi psichiatrica o di alcune comorbidità di tipo organico (ad esempio, esenzioni per patologie croniche o patologie oncologiche). I servizi pubblici danno spesso la possibilità di compiere un percorso psicologico o psicoterapeutico pagando un ticket contenuto. Tuttavia questo costo (di solito intorno a 10-20 euro a seduta) può rappresentare un ostacolo sia per motivi oggettivi, in caso di limitata disponibilità economica, sia per la necessità di un aumento del livello di motivazione richiesto per intraprendere la consultazione (Stewart, Chambless e Baron, 2012). Inoltre, nel caso delle psicoterapie proposte presso le istituzioni pubbliche, vi è spesso un problema di liste di attesa, le quali rappresentano una ulteriore barriera allo svolgimento effettivo della consultazione. La psicoterapia privata, che permette di bypassare il problema dei tempi di attesa, rappresenta però un'alternativa costosa, che spesso non può essere affrontata dalle persone che ne hanno bisogno e che comunque viene vissuta come un ostacolo, come abbiamo visto nel primo capitolo.

Questi interventi offerti e garantiti dal nostro SSN si collocano in ogni caso ad un livello di cura secondaria. Aldilà di alcuni programmi di prevenzione inseriti nella sfera materno infantile sulla depressione post-partum e quindi sulla tutela della neomamma e del nascituro e dei programmi di prevenzione e riconoscimento dell'insorgere di maltrattamento ed abuso minorile in situazioni di disagio già a rischio, erogate a livello consultoriale, manca a livello di cure primarie un'assistenza psicologica che punti sulla prevenzione e promozione della salute anzichè sulla cura di un disturbo già strutturato.

Vediamo cosa è stato fatto negli anni a livello legislativo per far fronte a questo problema. Nel dicembre del 2004 il Ministero della Salute, Dipartimento Qualità Ufficio V, ha pubblicato un'indagine-questionario dal titolo *“Riconoscimento ed analisi dei Modelli organizzativi innovativi per l'erogazione delle Cure Primarie”* affrontando il problema della costruzione di nuovi assetti organizzativi sanitari affinché il SSN si trasformasse da un sistema incentrato sull'ospedale, ad un sistema incentrato sul territorio (riprendendo i principi di Alma Ata di 30 anni prima) (Liuzzi, 2016).

Nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 si parla di un rinnovamento e riorganizzazione delle cure primarie verso una maggiore integrazione socio-sanitaria (PSN 2006-2008; www.salute.gov.it). Da qui, la proposta di legge *“Interventi per la qualità e la sicurezza*

del Servizio sanitario nazionale”, presentato dal Ministro della Salute Silvia Turco e approvato il 16 novembre 2007 che si pone l’obiettivo di realizzare una rete dei servizi delle cure primarie che concentri strutture nel territorio la continuità dell’assistenza ambulatoriale tutti i giorni della settimana, 24 ore al giorno, compresa l’assistenza medica domiciliare.

A Bologna, il 25-26 febbraio 2008 per iniziativa del Ministro della Salute, si è tenuta la Prima Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie in cui si è parlato del cambiamento dei servizi sanitari pubblici in direzione dell’aumento dell’assistenza primaria; le cure primarie sono individuate come l’area in cui si realizza la promozione e la tutela della salute della popolazione. L’obiettivo è quello di portare il SSN da un servizio centrato sulla patologia a un servizio centrato sulla persona, anticipando il concetto cardine della riforma sanitaria voluta successivamente da Obama negli Stati Uniti nel 2010: l’*Obamacare*.

Con il PSN 2011-2013 si riprende espressamente la definizione di Alma Ata dell’OMS identificata per le cure primarie, in particolare per la medicina generale e le altre componenti dell’assistenza convenzionata. Gli obiettivi proposti sono i seguenti:

- *“prendere in carico il paziente in modo completo”*... ovvero farsi carico della salute del paziente nella sua dimensione fisica, psicologica, sociale culturale ed esistenziale, nelle diverse fasi di evoluzione della sua salute, il che comporta una tipo di assistenza basata sulla multidisciplinarietà;
- *“favorire la continuità assistenziale”*... tramite il coordinamento dell’assistenza nel tempo attraverso la collaborazione dei diversi professionisti in modo che non ci sia interruzione nell’assistenza;
- *“concorrere ai processi di governo della domanda mediante l’azione di gatekeeping del MMG”* ... che consiste nel conoscere i bisogni di salute della popolazione, anche quelli non espressi, e valutare la miglior risposta clinico-terapeutica in termini di efficacia ed appropriatezza e scegliere il percorso assistenziale più conveniente in rapporto ai costi e ai risultati;
- *“valutare gli esiti di salute generale”* ... relativi al processo assistenziale;
- *“favorire l’empowerment”* ...dei pazienti ossia il loro pieno e diretto
- coinvolgimento nei processi di cura.

La recente normativa (d. l. 158/12 convertito con modificazioni dalla legge 189/2012- c.d. decreto Balzuzzi) ha accelerato il percorso di attivazione di forme organizzative

monoprofessionale (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT) e multiprofessionali (Unità Complesse di Cure Primarie – UCCP) nell’ottica di una più stretta complementarietà con le strutture ospedaliere con i distretti e con le organizzazioni socio-assistenziali.

Per quanto riguarda gli interventi legislativi in merito alla figura dello psicologo nelle cure primarie o psicologo di base come viene chiamato nelle proposte legislative italiane, nel nostro Paese non è stata ancora varata una legge che preveda la sua istituzionalizzazione all’interno del SSN.

Nel 2010 è stata presentata in parlamento dall’On. Foti e colleghi la PDL n. 3215 *“Istituzione della figura professionale dello psicologo di base”*. La seguente proposta di legge può essere riassunta in questo modo:

- Lo psicologo di base doveva essere convenzionato con il SSN;
- La responsabilità dell’invio era relegata al medico di medicina generale nel caso denotasse problemi o disturbi psichici;
- La medesima responsabilità era data ai pediatri di libera scelta in caso di minori che dovevano rivolgersi ad un neuropsicologo dell’età evolutiva;
- Il neuropsicologo dell’età evolutiva a sua volta formulava una diagnosi e aveva il compito di indirizzare il soggetto minore di età ad uno psicologo di base;
- Il compito dello psicologo di base era quello di formulare una diagnosi e una valutazione sull’opportunità di assistenza psicologica e definire un progetto psicoterapeutico;
- Nel caso in cui lo psicologo avesse ritenuto necessaria la somministrazione di farmaci si sarebbe dovuto rivolgere al medico curante del paziente;
- I costi dell’assistenza psicologica prestata dallo psicologo di base erano posti a carico del SSN, fatto salvo il pagamento di un ticket;
- Per poter essere iscritti negli elenchi che abilitavano all’esercizio di questa professione bisognava essere iscritti all’ordine degli psicologi da almeno 10 anni o all’ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- Non dovevano esserci rapporti di lavoro dipendente con le strutture del SSN;
- La verifica, il monitoraggio e il controllo della qualità dell’assistenza psicologica sarebbero stati effettuati dai servizi competenti del SSN.

Questa proposta, nonostante gli ottimi propositi iniziali, aveva un difetto che non può essere trascurato: in particolare prevedeva che anche i medici e gli odontoiatri potevano

assolvere a questo ruolo, mentre gli psicologi dovevano essere iscritti all'Albo da almeno 10 anni, un paradosso che dimostra ancora una volta una confusione dei ruoli.

Nel novembre del 2011 è stata presentata in parlamento, questa volta dal Partito Democratico su iniziativa dell'On. Argentin e colleghi, la PDL n. 4808 *“Istituzione della figura professionale dello psicologo di base”*. Questa seconda proposta ha apportato delle correzioni alla precedente restituendo l'esclusività di questo ruolo professionale agli psicologi sottolineando l'importanza di questa figura per la prevenzione e il benessere psicologico del cittadino. Potevano essere iscritti negli elenchi i professionisti in possesso dei seguenti requisiti:

- Laurea in Psicologia Clinica o dello Sviluppo e della formazione;
- Iscrizione all'ordine degli psicologi nella sezione A;
- Corsi di specializzazione in salute mentale e in cure primarie per la medicina di base;
- Assenza di rapporti di lavoro dipendente con le strutture del SSN.

Due anni dopo il Movimento 5 Stelle ha proposto una nuova legge riguardante l'*“Istituzione della figura dello psicologo clinico di base del ruolo sanitario”*. Le due figure professionali dello psicologo clinico di base dell'età adulta e psicologo clinico di base dell'età evolutiva avrebbero avuto il compito di formulare una diagnosi psicologica e/o psicopatologica e fornito indicazioni riguardo l'assistenza psicologica. Sarebbero stati iscritti negli elenchi gli psicologi che ne avessero fatto domanda, in possesso degli stessi requisiti previsti dalla normativa vigente per la partecipazione ai concorsi pubblici nel ruolo di dirigente psicologo del SSN ovvero:

- Laurea in Psicologia;
- Iscrizione all'Albo dell'Ordine professionale degli Psicologi di uno dei Paesi Europei, comprovata con certificazione rilasciata in data non anteriore ai sei mesi prima rispetto a quella di scadenza del bando, fermo restando, per gli iscritti in altri Paesi dell'U.E. l'obbligo di iscrizione all'Albo professionale in Italia prima dell'assunzione in servizio;
- Specializzazione in Psicoterapia;
- Assenza di rapporti di lavoro dipendente con le strutture del SSN.

Non ci sono riferimenti ed indicazioni precise sul numero minimo di psicologi di cui dotarsi. In questo modo lascia alle regioni l'autonomia di decidere, sulla base dei loro bilanci, se e quanti di questi professionisti inserire all'interno delle loro strutture.

Sono state fatte altre proposte legislative in merito all'implementazione di questa figura, ma si tratta di progetti a livello regionale.

Tuttavia tante sono state le iniziative nate a macchia d'olio sul nostro territorio attraverso sperimentazioni e progetti a tempo determinato; tali iniziative sono molto diverse tra loro per le modalità di inserimento e collocazione di questo professionista e/o diversi modelli di collaborazione, ma tutte accomunate dagli stessi intenti. Non tutte hanno avuto lo stesso destino, alcune sono nate e morte come singole sperimentazioni lasciando un tassello nel quadro della psicologia delle cure primarie, o hanno cercato di distaccarsi dall'ambiente sanitario, altre sono diventate d'esempio ed ispirazione per le successive sperimentazioni oppure sono state inglobate da altre sperimentazioni più grandi che si spera possano portare a nuovi risultati.

Nei paragrafi successivi saranno descritte le sperimentazioni che hanno preso piede nel territorio italiano. Le letture durante questa fase preliminare si sono focalizzate su diverse fonti, tra cui ricerche empiriche nel contesto italiano (Solano, Molinari, Cordella) che si riferiscono ai modelli di collaborazione tra MMG e psicologo (talvolta anche tra MMG e psichiatra), all'interno del setting delle cure primarie, informazioni in Report Regionali e/o Bollettini Ufficiali estratti dai siti web delle regioni italiane, principali indicazioni normative regionali relative ai servizi di cure primarie e atti dei Convegni sull'argomento. Il materiale è stato raccolto in un periodo che va da gennaio 2015 a dicembre 2016.

3.5.3 L'esperienza laziale: Solano e lo "Psicologo di Base" nello studio del medico

Dal 1983 il professore Mario Bertini iniziò un lavoro di consulenza con l'Ospedale Fatebenefratelli, nella prospettiva di un cambiamento culturale verso l'“umanizzazione delle cure”. Nacque in quegli anni l'idea del primo Servizio di Psicologia ospedaliero a Roma nel quale con un lungo lavoro, le psicologhe del servizio sono riuscite a trasformare la richiesta di consulenza da parte degli altri professionisti ospedalieri, in richieste di collaborazione. Dalla nascita della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università Sapienza di Roma (anch'essa ad opera di Bertini) e dell'attenzione alla cultura di una salute olistica nacque l'idea, da parte di Luigi Solano, di inserire lo psicologo nello stesso studio del medico di medicina generale (MMG), nello stesso orario, accogliendo insieme i pazienti (Solano et al., 2011): questa collaborazione congiunta

permette di offrire un approccio globale alle richieste dei pazienti, senza la necessità di un invio o la formulazione di una specifica domanda psicologica.

Lo scopo di questa iniziativa, infatti, chiarisce Solano (2011b) è stato quello di esplorare qualunque richiesta arrivi nell'ambulatorio del medico e non di occuparsi del caso psichico esplicito; si vuole dare un senso al disturbo portato dal paziente sia nella sfera psichica che in quella somatica. La scelta di collocare lo psicologo all'interno dello studio del medico di base permette il confronto di ogni richiedente con una figura professionale a disposizione di tutti, per un'assistenza di primo livello all'interno delle cure primarie.

Un aspetto sicuramente molto importante è il fatto che lo psicologo non appare come un estraneo agli occhi del paziente ma gode della fiducia e dell'alleanza che, negli anni, medico di base e assistito hanno costruito. Ciò sicuramente facilita il contatto con lo psicologo di base: il rispetto e la fiducia provati dal paziente per il proprio medico vengono trasferiti allo psicologo (Liuzzi, 2016, pag. 220). Il paziente spesso vede l'ambulatorio medico come un luogo di fiducia, familiare e affidabile in cui è stato possibile creare un forte legame di attaccamento. L'individuo trova ascolto e comprensione dal proprio medico di famiglia, uno spazio in cui può raccontarsi ed esprimere le sue difficoltà di fronte ad un orecchio attento e familiare (ibidem). Tale legame tende ad essere conservato stabilmente nel tempo sia dai pazienti che dagli stessi medici. Quello che si viene a creare tra medico e paziente è un vero e proprio transfert genitoriale soprattutto in quelle situazioni di malattia che portano ad uno stato di profonda regressione (Solano, 2011a, pag. 44). Tale legame, di cui lo stesso medico è consapevole, aumenta la compliance con il paziente. Lo psicologo quindi si inserisce all'interno di questo favorevole scenario.

La prima esperienza di lavoro in co-presenza prese avvio nel 2000 presso il Distretto Sanitario di Orvieto. Successivamente l'iniziativa si è estesa agli studi di medicina generale di Roma e del Lazio e gli psicologi e i medici che hanno partecipato al progetto in questo decennio sono pertanto aumentati. La sperimentazione ha coinvolto nel tempo, 10 studi medici per un periodo di 3 anni ciascuno e hanno aderito all'iniziativa 12 psicologi specializzandi in Psicologia della Salute e altri 10 medici. Nella sala d'attesa dell'ambulatorio medico è stata prevista l'affissione di un cartello per informare i pazienti dell'iniziativa, con indicazioni sul giorno di presenza dello psicologo e con il chiarimento che, se desiderato, si poteva essere ricevuti dal medico soltanto. Lo psicologo

specializzando in Psicologia della Salute è stato presente nello studio del medico, per un turno di ambulatorio a settimana (Solano et al., 2011).

Il ruolo dello psicologo si è stato il seguente:

- osservazione delle richieste e della modalità di instaurare la relazione con il medico da parte del paziente;
- inquadramento psicosociale dei casi osservati;
- eventuale intervento esplorativo-chiarificatore nei confronti della domanda del paziente nel corso della visita col medico di base o in appuntamenti individuali con il paziente (per un massimo di 5 colloqui);
- in casi ridotti, invio ad operatori della salute mentale (Solano, 2011).
- Inoltre lo psicologo ha fornito in certi casi, ai pazienti, contatti e informazioni sui servizi psicologici presenti nel territorio, rispetto a quanto avrebbe potuto fare il medico da solo. Questo ha rafforzato la dimensione di collaborazione, in modo da allontanare la modalità di delega completa allo specialista, per alcuni problemi del paziente (Solano et al., 2011).
- In alcuni casi il ruolo dello psicologo è stato anche quello di dare il proprio contributo per la diagnosi di una malattia organica, evitando che questa fosse negata dal paziente, in un lavoro sinergico col medico. E' stato notato inoltre che il MMG spesso risulta riluttante al confronto con i medici specialisti, pertanto lo psicologo ha cercato di agevolare il rapporto del medico con gli altri professionisti (Solano et al., 2011).

Le coppie medico-psicologo si sono incontrate una volta al mese per confrontare le proprie esperienze, sotto la supervisione di un esperto in psicosomatica. Con lo stesso supervisore gli psicologi hanno tenuto incontri settimanali di supervisione dell'esperienza. Inoltre l'osservazione diretta e le riflessioni emerse nei diversi contesti sono state registrate. Sono state stilate schede relative ai singoli pazienti e sono riportate impressioni e osservazioni sull'evoluzione della relazione tra medico, psicologo e paziente (Solano & Fayella 2010).

Affinché lo psicologo diventasse una figura abituale nell'ambulatorio del medico sono stati necessari diversi mesi, in particolare per giungere ad un sufficiente livello di sintonizzazione e reciproca comprensione tra il MMG e lo psicologo. Il primo anno della sperimentazione è stato caratterizzato dall'osservazione delle richieste e dalle modalità di relazione tra medico e il singolo paziente; durante il secondo anno è stato dedicato più

spazio allo psicologo e il lavoro con il medico è diventato “dialogico”: i due hanno cercato di lavorare sulle risorse e sui punti di forza presenti, piuttosto che sugli aspetti deficitari. In questo modo è stato possibile considerare gli eventuali sintomi psicologici riportati in relazione alla persona e alla sua complessità. Il processo di cambiamento è stato il principale oggetto di riflessione. Emerge come il cambiamento avviene per lo più nel momento in cui la persona non modifica se stessa, ma la norma disfunzionale che regola la sua vita. A volte la consulenza individuale non è stata necessaria, in altre occasioni invece sono stati realizzati alcuni colloqui individuali tra psicologo e paziente, nel caso in cui la persona non riuscisse a vedere le proprie risorse per il cambiamento e ha avuto pertanto bisogno di un supporto ulteriore. Al terzo anno della sperimentazione la presenza dello psicologo è diventata parte del sistema: egli ha cominciato a sentirsi psicologo di quel luogo ed è diventato insieme al medico, un punto di riferimento. Alla fine del terzo anno di sperimentazione medico e psicologo non si sentivano solo due professionisti dietro la stessa scrivania, ma un team multidisciplinare.

Lo scopo generale del progetto è stato quello di accogliere i bisogni psicosociali, non espliciti nelle domande dei pazienti e di individuare i percorsi per accoglierli e soddisfarli, senza ricorrere ad analisi inutili e a trattamenti farmacologici inadeguati che rischiano di portare alla cronicizzazione dei disturbi somatici (Solano, 2007). Quindi, piuttosto che occuparsi del disagio psichico esplicito, che necessita di trovare accoglienza negli specifici servizi specialistici, questa sperimentazione si è concentrata sull'esplorazione del significato di ogni richiesta espressa al medico di base, tenendo conto della situazione relazionale presente e passata del paziente e del ciclo di vita dell'utente (Solano, 2011).

Gli scopi generali dell'operazione possono essere definiti brevemente come segue:

- intervenire in una fase del disagio iniziale, in cui le malattie non sono ancora gravi e cronicizzate;
- garantire un accesso diretto ad uno psicologo per tutta la popolazione, evitando il filtro della valutazione medica e il rischio di essere etichettati come “disagiati psichici”, ma incentivare piuttosto, la presenza di uno “psicologo per tutti”;
- offrire un ascolto che prenda in considerazione oltre alla dimensione biologica, la situazione relazionale, intrapsichica e di ciclo di vita del paziente;
- in casi specifici e limitati, effettuare invii a specialisti della salute mentale;
- favorire un'integrazione di competenze tra medicina e psicologia, con un arricchimento per entrambe le figure professionali;

- limitare la spesa per analisi cliniche e visite specialistiche (Solano et al., 2011).

L'iniziativa ha avuto l'intento di restituire unitarietà alla persona come utente del servizio sanitario. Da questa sperimentazione è risultato che la semplice presenza dello psicologo ha incoraggiato i pazienti a raccontare la storia dei loro disturbi, in un modo diverso, con l'aggiunta di nuovi elementi, grazie alla presenza di "un terzo" nel rapporto tra medico e paziente. La mancanza di una conoscenza precedente dei pazienti da parte dello psicologo ha portato il medico a formulare domande più specifiche e a ricostruire la storia passata in un modo più attento. E' emerso pertanto che i pazienti si sentono legittimati a parlare di cose che in precedenza non pensavano potessero trovare spazio nello studio del MMG (Solano, 2010).

Il lavoro in co-presenza affermano gli autori, permette di cogliere il disagio allo stato nascente e di poter su questo intervenire: in questo senso è possibile inquadrare il sintomo somatico o psichico non come qualcosa da estirpare, ma come segnale di un problema di cui il soggetto non è ancora del tutto consapevole: lo psicologo, infatti, in molti casi traduce il sintomo non come un disturbo ma come il segnale che il corpo gli invia.

La figura dello psicologo della Salute è apparsa particolarmente adatta per approcciare le situazioni in termini di problemi da risolvere piuttosto che di patologie da identificare. Intervendendo soprattutto in termini di promozione delle risorse personali, piuttosto che cercando di occuparsi di casi di "grave psicopatologia" (Solano, 2010).

E' interessante notare che operazioni limitate (a volte anche un solo colloquio) possono incidere in maniera significativa sul percorso di vita del soggetto, se intervengono al primo manifestarsi di una patologia. Il sintomo può costituire un segnale d'allarme, rispetto a una situazione di vita insoddisfacente, ma il valore evolutivo del sintomo può esprimersi solo se è presente un contenitore adeguato, che sia in grado di accoglierlo.

In accordo con la letteratura, molte domande che arrivano ai medici di medicina generale si svolgono in momenti di "crisi" della vita del paziente. Jasper (1913) ha definito la crisi *"un momento della vita caratterizzato dalla rottura dell'equilibro precedentemente acquisito e dalla necessità di trasformare gli schemi consueti di comportamento, che si rivelano non più adeguati a far fronte alla situazione presente"*. Le crisi pertanto possono essere suddivise in crisi evolutive e accidentali: le prime sono legate a momenti di passaggio evolutivo comuni a tutte le persone, ma non per questo facili da affrontare, come ad esempio l'inizio della scuola, il distacco dalla famiglia di origine, la nascita di un figlio; le crisi accidentali hanno invece una natura imprevedibile, come la morte di

persone care o la fine di relazioni coniugali. Anche la malattia somatica può costituire un momento di crisi personale. A livello sociale questa può causare un restringimento degli spazi di relazione e di autonomia; dal punto di vista emotivo, le persone sperimentano preoccupazione, attesa, voglia di reagire, tristezza; inoltre l'idea di come sarà il futuro è centrale nel vissuto di questi pazienti.

Tramite il racconto dei casi clinici dei pazienti dell'ambulatorio, Solano e colleghi (2011) affermano che una crisi non è per definizione qualcosa di negativo, ma un'occasione per esplorare nuove modalità di organizzare la propria vita; grazie alla presenza di un sostegno adatto, che non scivoli nell'etichettamento come malattia.

In questa cornice sembra quindi cadere la dicotomia tra disturbi organici, di competenza del medico e disturbi funzionali, di competenza dello psicologo. L'intervento dello psicologo sembra dare pertanto al paziente la possibilità di non entrare in un circuito di indagini fisiche poco funzionali e dispendiose economicamente. L'incontro con lo psicologo inoltre permette un nuovo modo di pensare a sé, alla propria salute e ai sintomi per la persona, dando la possibilità di entrare in contatto con un professionista della salute mentale, contribuendo a limitare i pregiudizi su di esso (Solano et al., 2011).

L'evidenza centrale di quest'esperienza ha riguardato la possibilità di incontrare uno psicologo, senza la necessità di una richiesta specifica e formale da parte del paziente, che ha permesso l'utilizzo di una professionalità psicologica da parte di persone, che per loro stessa ammissione alla fine della sperimentazione svolta, non sarebbero state in grado di formulare in maniera autonoma una richiesta d'aiuto, per timore dello stigma sociale o per motivi economici, mentre è interessante constatare che la maggior parte dei pazienti, con grande naturalezza, ha accettato la presenza dello psicologo, nel momento in cui se lo è semplicemente "trovato davanti" (Solano et al., 2011). E' emerso che, la semplice presenza dello psicologo nello studio di medicina generale, ha modificato in maniera sostanziale le aspettative dei pazienti su quali argomenti potevano essere discussi in questa sede e quindi sulla possibilità di approfondire anche tematiche non fisiche.

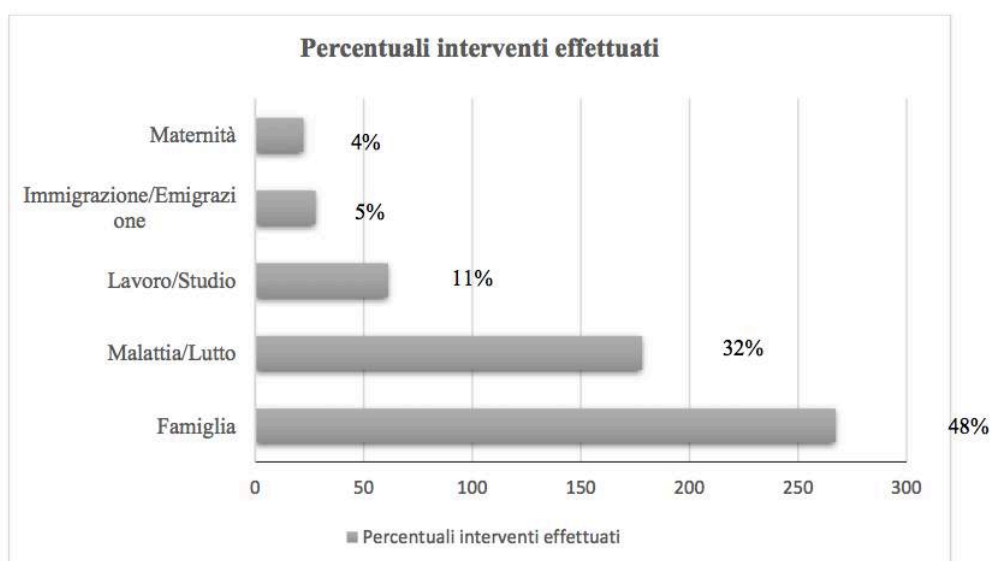
Per quanto riguarda la tipologia di problematiche incontrate, è possibile raggrupparle in 5 categorie, di seguito riportate integralmente, che ci possono dare un'idea del tipo di domanda che giunge agli studi di medicina generale (Solano 2011a, pag. 138, 139):

- Famiglia: relazione conflittuale e/o simbiotica tra genitori e figli; difficoltà nella relazione di coppia, tradimenti, separazioni e divorzi; conflittualità nel rapporto tra fratelli e sorelle;

- Maternità: aspettative, incertezze e paure rispetto alla gravidanza, al nascituro, ai tentativi di fecondazione assistita, all'aborto, alla menopausa;
- Malattia/lutto: paura, angoscia, solitudine, dolore, rabbia, frustrazione, rispetto al lutto e alla malattia, sia propria che di una persona significativa; ipocondria; dipendenze da cibo e fumo e relative difficoltà nell'assumere stili di vita sani;
- Lavoro/studio: mobbing, disoccupazione, pensionamento, stress; difficoltà di concentrazione e/o rendimento scolastico, bocciatura;
- Immigrazione/emigrazione: vissuti di solitudine e difficoltà di integrazione delle persone straniere, immigrate da altri Paesi e dei cittadini italiani trasferitisi in altre città per esigenze lavorative e/o familiari.”

Come si può vedere dalla *Figura 3.1* in cui sono riportate le percentuali di interventi effettuati rispetto alla tipologia di problema, l'area più problematica è relativa ai rapporti con familiari ed è interessante notare che la maggior parte dei problemi riscontrati hanno a che fare con il tema dello svincolo tra genitori e figli. Nella popolazione incontrata all'interno dell'ambulatorio di medicina generale, così come nella popolazione generale, le maggiori difficoltà sono nate dalla difficoltà di accettare una quota di autonomia e distacco rispetto alle persone significative della propria vita (in vita o defunte) e a vivere un'esistenza sufficientemente realizzata: cioè alla difficoltà ad elaborare il lutto di una separazione (Solano et al., 2011).

Figura 3.1: Percentuali degli interventi effettuati in ciascuna area. (Solano et al., 2011).



Il lascito dell'esperienza è stato positivo anche dal punto di vista dei medici coinvolti: questi riportano che il rapporto con i pazienti è diventato più sereno e l'atmosfera dello studio è "alleggerita": l'inserimento dello psicologo ha permesso la riduzione dei rischi di iper-coinvolgimento da parte del MMG nel rapporto col paziente, una formazione rispetto alle competenze psicologiche, un incremento dell'importanza attribuita alle dimensioni organizzative del setting, aiutando il medico a porre limiti e regole sugli orari delle visite, una modalità diversa di rapportarsi con i pazienti a livello di accoglienza e di sintesi. Il medico, quindi, si sente maggiormente in grado di costruire un pensiero sul paziente e al contempo quest'ultimo si sente più compreso: si crea così un circolo virtuoso. E' emerso in aggiunta una maggiore consapevolezza della specificità del lavoro psicologico e nella comprensione dei problemi e della promozione delle risorse personali, piuttosto che l'idea dello psicologo sovrapposta a quello di psichiatra che cura le patologie. Il contatto con lo psicologo ha reso chiara la distinzioni tra le professionalità e allo stesso tempo la possibilità di acquisire qualcosa di nuovo. La figura dello psicologo che inizialmente è stata percepita come intrusiva e giudicante, poi è diventata un elemento di grande sostegno.

L'esperienza ha permesso quindi l'integrazione delle conoscenze mediche e psicologiche, sui diversi casi esaminati: Solano e colleghi (2011) riconoscono che con questa sperimentazione, è stato così possibile avvicinarsi realmente a un'applicazione del modello biopsicosociale, superando così in parte la scissione tra "pazienti da medico" e "pazienti da psicologo".

Un altro scopo principale del progetto di co-presenza tra medico e psicologo è stato quello di ottenere una riduzione della spesa sanitaria, nella misura in cui la prescrizione di farmaci e di indagini di vario tipo sono effettuate nell'impossibilità di fornire altre risposte: è ipotizzabile che un'assistenza più ampia possa permettere un miglioramento delle condizioni di salute dell'utenza, in modo da comportare un'ulteriore riduzione della spesa per farmaci, analisi e ricoveri (Solano et al., 2011).

Alla conclusione dell'esperienza la valutazione della riduzione della spesa sanitaria è stata svolta confrontando i dati dell'ambulatorio e verificando che la spesa sanitaria non sia aumentata rispetto a quella dell'Asl di appartenenza. Gli autori riportano che è stato possibile avere soltanto i dati relativi alla spesa farmaceutica.

In un caso in cui è stato possibile conoscere la spesa farmaceutica relativa allo studio medico prima e dopo l'ingresso dello psicologo, si è riscontrato un risparmio del 17%, pari a 75.000 euro in un anno (205,5 euro al giorno).

Anche nello studio di un'altra dottoressa all'ingresso della psicologa, la spesa per i farmaci era più alta della media dell'Asl. In questo caso la diminuzione non è stata immediata ma si è evidenziata fortemente nel terzo anno di presenza della psicologa: il risparmio della spesa farmaceutica in questo studio è risultato 55.423 € in un anno. A fronte di questi dati preliminari è ipotizzabile un risparmio analogo sulla spesa per indagini strumentali e ricoveri ospedalieri.

Emerge un altro aspetto importante, che ha delle ricadute anche sul piano economico: rispetto al processo diagnostico, lo sguardo dello psicologo ha permesso di mantenere in primo piano la qualità di vita del paziente, promuovendo le risorse di salute (Solano et al., 2011), evitando di concentrarsi esclusivamente su esami, test e analisi, permettendo di tenere sottocontrollo il tema della “medicina difensiva”⁶ e l'obbligo degli accertamenti diagnostici secondo la normativa (pena il rischio di incorrere nel reato colposo omissivo), da parte del MMG. Da un'indagine promossa dall'Ordine provinciale dei medici e odontoiatri di Roma (tra il 2009 e il 2010) è emerso che circa il 53% dei medici dichiara di prescrivere farmaci per ragione di medicina difensiva e questo dato sale al 73% tra coloro che prescrivono visite specialistiche per questa motivazione. Inoltre la percentuale è altrettanto consistente (71% e 75,6%) tra i medici che prescrivono esami di laboratorio e esami strumentali per le stesse ragioni. La probabile incidenza economica di quest'ultima, a carico del SSN, è del 10,5%: ossia su un bilancio globale riferito alla spesa pubblica pari a 106.505 milioni di € (anno 2008), più di 10.000 milioni di € sono dovuti alla medicina difensiva, pari allo 0,75% del prodotto interno lordo. Recentemente il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, presentando la commissione consultiva sulle questioni della medicina difensiva, ha comunicato i dati del fenomeno: il 77,9% dei medici ha tenuto almeno un comportamento di medicina difensiva nell'ultimo mese di lavoro, il 68,9% ha proposto-disposto il ricovero di pazienti che riteneva gestibili ambulatorialmente e il 61,3% ha prescritto un numero di esami maggiori rispetto a quello ritenuto necessario per effettuare la diagnosi. In merito alle responsabilità legali del medico, egli può trovare

⁶ La medicina difensiva è una pratica per cui i medici ordinano test, visite e procedure oppure evitano pazienti o procedure a alto rischio per ridurre la loro esposizione a un possibile giudizio di responsabilità per *malpractice*.

sostegno nello psicologo di base, con l'obiettivo di porre attenzione alla persona e di non metterla in secondo piano nel processo diagnostico, di avere sempre presente la sua qualità della vita e di ridurre, se possibile, i costi sanitari dovuti ad accertamenti superflui (Solano et al., 2011).

Nonostante tutti i vantaggi sopra menzionati però, come è noto, la figura dello psicologo delle cure primarie nel contesto italiano è emergente e non inserita nel SSN. Abbiamo visto che a tal proposito si sono affermate idee, anche in termini di vere e proprie proposte di legge, al fine di istituire la figura professionale dello "Psicologo di base", in maniera analoga al medico di medicina generale. Solano e colleghi (2011) affermano però che non sembra che si sia raggiunta molta chiarezza rispetto alla sua collocazione, ai destinatari (se uno psicologo per tutti oppure per le persone che hanno un qualche tipo di disagio), ai suoi compiti (differenziandolo da uno psicologo specialista). Il lavoro e le pubblicazioni di Solano e colleghi sembrano dare pertanto delle proposte, rispetto alla risposta a queste dimensioni: innanzitutto affermano che lo psicologo dovrebbe avere delle conoscenze sulle malattie che le persone si trovano ad affrontare (o quelle sospettate), sui farmaci che assumono e in cosa consistono le indagini strumentali. Queste conoscenze sono inoltre importanti per valutare l'adeguatezza di un comportamento di prevenzione o di adesione al trattamento. Inoltre informazioni sulle problematiche fisiche sono necessarie per una buona comunicazione con il medico. Un altro aspetto che sembra rimanere aperto riguarda la formazione, che in linea con questa sperimentazione è stato realizzato tramite la sola Scuola di specializzazione in Psicologia della salute. Secondo Solano e colleghi (2011) è necessaria una formazione post-lauream specifica ed organizzata per raggiungere le competenze fin'ora descritte, attraverso dei master specifici, uno dei quali è stato attivato a Roma proprio dal collega. Si afferma inoltre la necessità che vengano attivate modalità di formazione che non si limitino ad insegnare strategie, tecniche e comportamenti più efficaci, quanto piuttosto che riescano a stimolare la riflessione sul modo di intendere la salute, la malattia e le cure, sia a livello cognitivo che emozionale.

Concludendo, gli autori esprimono la speranza e l'impegno, nel riuscire a trovare un interlocutore politico che possa essere interessato all'iniziativa, in modo da trasformare il lavoro volontario e a termine, in una pratica riconosciuta e retribuita. Questo permetterebbe di poter seguire in modo duraturo le problematiche e le storie di vita delle persone e inoltre, di avere accesso a una quantità ben maggiore di dati sulle eventuali

diminuzioni della spesa sanitaria, grazie all'introduzione dello "Psicologo di Base", nel Sistema Sanitario italiano (Solano et al., 2011).

Riassumendo, quindi, i risultati principali sono stati in linea con gli obiettivi prefissati: l'iniziativa è risultata fattibile e utile, da tutti i punti di vista, sia dal punto di vista del paziente, che è stato accolto nella sua complessità e il cui disagio è stato riconosciuto in fase iniziale e spesso ricondotto alla peculiare fase del ciclo di vita, sia dal punto di vista delle professionalità coinvolte, nella direzione di un reciproco arricchimento. Il numero dei colloqui separati con lo psicologo, inoltre, sono stati ridotti, così come gli invii a specialisti della salute mentale è stato irrisorio; la maggior parte del lavoro si è svolto pertanto in compresenza con il medico o nel rapporto a due con il paziente, cercando di trovare un senso ai disturbi riportati, di promozione delle risorse personali e di accompagnamento lungo i passaggi evolutivi. Infine, non solo è stata dimostrata una riduzione della spesa economica, ma nel corso dei 3 anni di ciascuna esperienza negli ambulatori, circa 700 persone (la metà circa della clientela di ciascun MMG) hanno avuto modo di incontrare uno psicologo. Questo dato dà una misura dell'entità di accesso allo psicologo che si è realizzata grazie a questa esperienza, nonostante la presenza relativamente ridotta, di un turno di ambulatorio a settimana (Solano, 2010).

3.5.4 L'esperienza lombarda: Lo psicologo in farmacia

Il progetto dello "Psicologo in Farmacia" ha avuto l'intento di offrire una risposta al bisogno di consultazione psicologica spesso non espressa o non intercettata dai servizi classici o da quelli dell'area privata. L'ipotesi sottostante al progetto è che sia presente una potenziale utenza per l'intervento psicologico, che non diventa utenza reale, a causa della presenza di ostacoli di tipo economico, sociale e di collocazione geografica (Molinari et al., 2014). Alla luce di queste evidenze, è stata individuata la farmacia come luogo deputato alla salute e al benessere, oltre che alla cura delle patologie (Basak, van Mil & Sathyanarayana 2009; Hughes et al., 2010). In particolare, nel contesto italiano, le farmacie hanno una diffusione capillare e sono molto radicate sul territorio, con una lunga storia alle spalle: questo risulta pertanto un luogo di comune accesso, non limitato a una certa fascia della popolazione, in cui il rischio dello stigma sociale, riferito alla consultazione psicologica, può essere molto ridotto. La distribuzione capillare sul territorio facilita l'accesso da parte della popolazione generale, garantendo una

potenzialità di utenza molto vasta. A partire da queste considerazioni, è stato creato un servizio di consultazioni psicologiche brevi e gratuite che sono state svolte in alcune farmacie del milanese.

Il progetto dello “Psicologo in Farmacia” è stato sviluppato dal Laboratorio di Psicologia Clinica e da quello delle Culture Organizzative e di Consumo dell’Università Cattolica di Milano, di ADMENTA (Farmacie Comunali Milanesi) e FederFarma. All’interno di alcune farmacie è stata offerta la possibilità di effettuare una breve consultazione psicologica gratuita e, non essendo presenti limitazioni all’accesso iniziale per l’utenza, il servizio è risultato accessibile a chiunque. In particolare, ogni persona che ne ha fatto richiesta aveva a disposizione 5 colloqui con lo psicologo. Ad ogni farmacia è stato assegnato uno psicologo, di modo che nel corso del progetto restasse sempre lo stesso.

Nelle farmacie aderenti al progetto è stato offerto uno spazio di mezza giornata a settimana, in cui è stato presente uno psicologo; quindi le persone che sono state interessate ad usufruire del servizio hanno avuto la possibilità di prendere un primo appuntamento tramite il farmacista, mentre gli incontri successivi sono stati concordati direttamente con lo psicologo. Se risultato necessario, o suggerito da valutazioni cliniche, gli incontri psicologici sono stati estesi anche a coppie o gruppi familiari ristretti.

I colloqui sono stati condotti in un locale isolato e riservato della farmacia: la presenza di una stanza adatta a garantire la privacy della consultazione ha rappresentato un criterio fondamentale per la partecipazione delle singole farmacie al progetto.

Lo psicologo ha avuto il ruolo, in questo contesto, di offrire una risposta alla domanda psicologica posta dall’utente, con la possibilità di offrire indicazioni o suggerimenti comportamentali. In tal senso, a seconda del tipo di domanda portata dalla persona, il ciclo di colloqui poteva risultare sufficiente per affrontare e risolvere la problematica, oppure, quando necessario, l’utente è stato orientato verso servizi più appropriati e specifici (come Centri Psicosociali, Servizi per le Tossicodipendenze, Gruppi di auto-aiuto, psicoterapeuti privati della zona). Questo ruolo di collegamento tra il servizio proposto in farmacia e i servizi esistenti sul territorio, è stato un elemento fondamentale del progetto: pertanto, ad ogni psicologo è stato fornito un elenco e una breve formazione intorno ai servizi territoriali pubblici, in modo da aumentare l’efficacia e l’appropriatezza degli invii.

La formazione degli psicologi che hanno fatto parte del progetto era eterogenea, con scuola di psicoterapia (in corso o concluse) appartenenti a diverse impostazioni teoriche.

Inoltre è stata presente una costante formazione e supervisione da parte del Laboratorio di Psicologia Clinica dell'Università Cattolica, con incontri di gruppo, a cadenza mensile. Sono in questo modo stati favoriti la discussione dei casi clinici e il confronto tra professionisti di formazione e approcci terapeutici diversi.

Rispetto alla valutazione, ogni psicologo ha contribuito alla costituzione di una database degli utenti in cui sono stati riportati i dati socio-demografici e clinici: è stato chiesto agli utenti quali fossero le problematiche presenti e le motivazioni che hanno spinto ad usufruire del servizio; inoltre ogni psicologo ha indicato la durata e l'esito della consultazione, sulla base della domanda espressa inizialmente e delle valutazioni cliniche effettuate con ogni utente. Ad un sottogruppo di utenti (intorno al 25%) è stato richiesto di compilare prima (T1) e dopo il ciclo dei colloqui psicologici (T2), lo *Psychological General Well-Being Index (PGWBI)* (Dupuy, 1984), uno dei questionari più utilizzati per la valutazione della qualità di vita nella popolazione generale. Il PGWBI è un questionario autosomministrato, composto da 21 item che misurano l'auto-rappresentazione dello stato di benessere o il disagio legato alla sfera emozionale e affettiva. Inoltre contiene sei sottoscale: Ansia, Depressione, Positività e benessere, Autocontrollo, Salute Generale, Vitalità. In questo studio il questionario non è stato somministrato in T2 qualora il ciclo di colloqui fosse inferiore ai due incontri o nei casi di *drop-out* dell'utente.

Passando brevemente ai risultati, il Progetto dello "Psicologo in Farmacia" ha avuto una durata complessiva di circa 2 anni (compresi tra febbraio 2009 e marzo 2011). L'utenza ha riguardato 1.775 persone e sono stati svolti 6.371 colloqui; 28 farmacie hanno aderito al progetto, anche se non tutte hanno iniziato e terminato la partecipazione nello stesso momento. Gli psicologi coinvolti sono stati 18. Molinari e colleghi (2014) affermano che, considerando il potenziale numero di colloqui effettuabili, dati tempi e spazi, il risultato ottenuto satura circa l'85% del potenziale raggiungibile.

In maniera coerente con le aspettative iniziali, riferite alle barriere per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi psicologici "classici", le motivazioni rilevate che hanno spinto le persone a rivolgersi al servizio sono state problematiche di coppia o di famiglia (32,1%), sintomatologia ansiosa (18,4%), sintomatologia depressiva (17,2%), difficoltà a gestire una situazione di vita critica (8,1%), problematiche relazionali e/o sociali (4,6%), problematiche psicopatologiche (3,5%), difficoltà nella gestione delle emozioni (2,1%), attacchi di panico (1,9%), disagi nella sfera alimentare, abuso di alcol o di sostanze (1,7%), problematiche varie (8,7%) (ibidem). Ancora Molinari e colleghi (2014)

sottolineano che le persone sono state motivate anche dalla gratuità (32,5%), la vicinanza a casa (31,5%), il fatto di «non sapere dove rivolgersi» (17%) ed i lunghi tempi di attesa per accedere ad altri servizi (7%).

La maggior parte degli utenti (40%) sono stati poi re-indirizzati ad altri servizi e poco più di un terzo sono state le domande risolte durante la consultazione stessa. Il tasso di abbandono dell'intervento è stato del 22% (Molinari et al., 2014). Gli autori riconoscono che a prima vista, il dato può sembrare elevato, ma questo può essere spiegato in relazione al fatto che diversi utenti hanno richiesto una consultazione per una sorta di curiosità dovuta alla novità del servizio.

Il PGWBI è stato compilato da 416 persone al T1 e da 287 al T2; il re-test è stato compilato dall'89% dei soggetti (i soggetti in *drop-out* non hanno compilato il test), casualmente selezionati in T1 tra coloro che hanno partecipato al progetto. Confrontando i valori pre e post trattamento, è stato osservato un miglioramento significativo, sia per quanto riguarda il punteggio generale ($t = 10.16$, $p < .001$) che in ognuno delle sottoscale valutate: Ansia ($t = 8.25$, $p < .001$), Depressione ($t = 9.94$, $p < .001$), Positività e benessere ($t = 10.35$, $p < .001$), Autocontrollo ($t = 7.09$, $p < .001$), Salute Generale ($t = 6.36$, $p < .001$), Vitalità ($t = 8.01$, $p < .001$) (Molinari et al., 2014). Confrontando con i valori normativi nazionali (Grossi et al., 2002), i punteggi ottenuti nella valutazione iniziale degli utenti del servizio sono stati significativamente inferiori alla media, indicando un livello medio di qualità della vita piuttosto basso al momento della richiesta della consultazione. Nella valutazione post trattamento, anche se leggermente sotto la media normativa, le differenze con la popolazione generale risultano non più statisticamente significative sia per quanto riguarda il punteggio generale (*Figura 3.2*) sia per quanto riguarda le single sottoscale (*Figura 3.3*) (Molinari et al., 2014).

Figura 3.2: Valori del punteggio globale del PGWBI prima e dopo l'intervento e punteggio normativo italiano (Molinari et al., 2014).

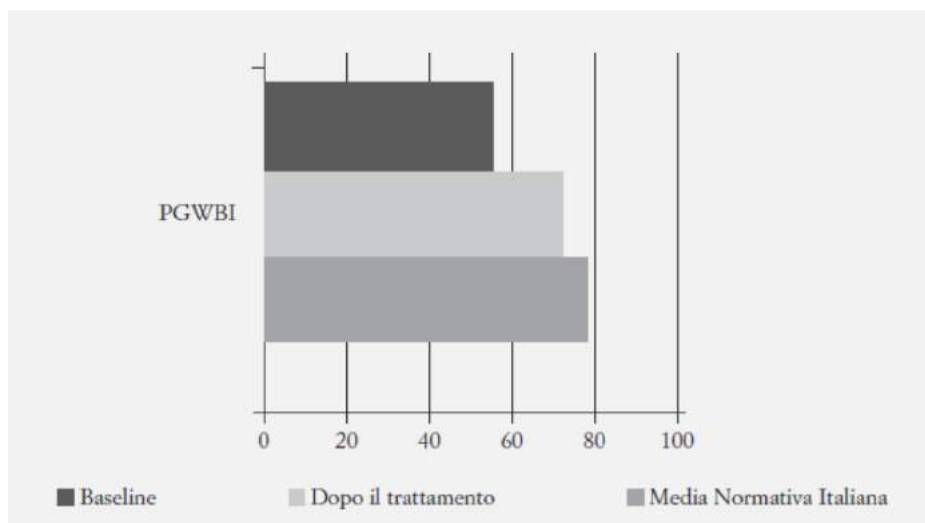
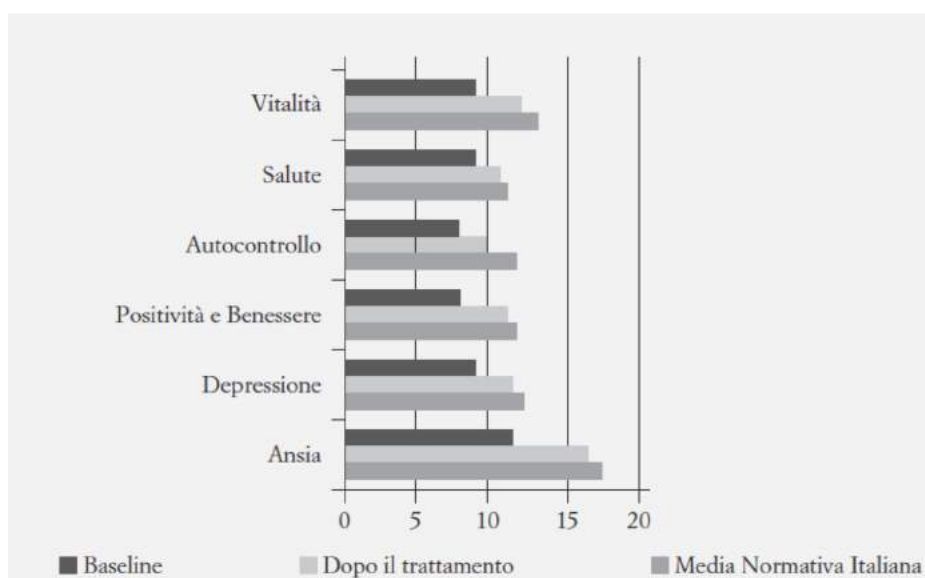


Figura 3.3: Valori delle sottoscale del PGWBI prima e dopo l'intervento e punteggi normativi italiani (Molinari et al., 2014).



Molinari e colleghi (2014) affermano che l'offerta di consultazioni psicologiche gratuite all'interno delle farmacie partecipanti al progetto ha raccolto una risposta molto positiva da parte dei cittadini. Infatti il servizio è stato utilizzato intensamente da parte della popolazione, considerata l'elevata percentuale di colloqui effettuati, rispetto al potenziale massimo offerto. I positivi risultati raggiunti nel progetto possono essere spiegati, secondo il parere dei clinici coinvolti, dalla particolarità degli utenti del Servizio i quali si sono

caratterizzati per 3 tipologie: utenti che hanno avuto un primo contatto con le figure professionali psicologiche; individui che non sono rimasti soddisfatti da altri servizi e infine quegli utenti che sono stati timorosi e scoraggiati, a causa degli eccessivi costi delle offerte professionali. Pertanto la gratuità del servizio ha favorito il superamento delle resistenze economiche e talvolta culturali, per quanto riguarda gli interventi di tipo psicologico. Gli autori ritengono che grazie a questo progetto sono stati in grado di intercettare un disagio psicologico che sarebbe stato difficilmente raggiungibile, non limitato alle sole persone incontrate ma anche ai relativi contesti familiari e sociali, in un'ottica di benessere comunitario e non solo individuale. Pertanto lo psicologo in farmacia può rappresentare una nuova frontiera per la psicologia clinica e di comunità anche per quanto riguarda il modello di servizio proposto. Infatti lo psicologo si adatta ad un contesto sanitario nuovo, accettando di modificare il suo *setting* consuetudinario e il suo modello di intervento, per adattarsi ai bisogni dell'utenza. Infatti, nonostante ogni psicologo abbia conservato la propria natura psicomotricità, sistemica, cognitivo-comportamentale ecc., al contempo ha proposto innovazioni negli strumenti e nelle tecniche, adattandosi ad una dimensione spazio temporale breve e ad un *setting* non tradizionale (Molinari et al., 2014). La peculiarità del progetto, affermano gli autori, è legata in particolar modo, al contesto differente, che può essere percepito come meno "medicalizzato" e più prossimo alla quotidianità, pur rimanendo legato alle tematiche della salute.

3.5.5 L'esperienza emiliana: il programma Giuseppe Leggieri: dai Nuclei delle Cure primarie alle Case della Salute

L'esperienza bolognese è iniziata verso la fine degli anni novanta quando è partito un significativo progetto di collaborazione tra strutture del dipartimento di psichiatria dell'Università di Bologna, grazie al contributo di Domenico Berardi ed alcuni medici di famiglia, coordinati all'intero del progetto regionale Giuseppe Leggieri.

Nel triennio 2000-2002, la Regione Emilia Romagna ha promosso e realizzato il Progetto "Psichiatria e medicina di base", un modello di integrazione tra i Medici di Medicina Generale e gli Psichiatri basato su un modello di consultation-liason. Il fine del progetto era quello di migliorare i percorsi di cura favorendo interventi più tempestivi e mirati nei confronti i pazienti adulti con disturbo mentale, attraverso lo sviluppo di servizi di

consultazione dei Dipartimenti di Salute Mentale dedicati ai MMG. I medici di famiglia sono stati fortemente coinvolti insieme ad alcuni psichiatri appartenenti ai Centri di Salute Mentale. Avendo portato esiti positivi, si è deciso di continuare questo progetto avviando nel 2004 il Programma Regionale “Giuseppe Leggieri” che prende il nome da un medico bolognese promotore e precursore di queste tematiche. Scopo del programma era appunto quello 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 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 per l'appunto i Nuclei di Cure Primarie, nuove unità organizzative dei MMG, nati con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale e prossimità delle cure e di facilitare l'integrazione con gli altri professionisti del territorio e ospedalieri.

Nel Report 2009, redatto nel marzo 2010 dalla Regione, emerge che 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), invece, 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, momenti d'incontro e confronto tra i professionisti interessati, avviare protocolli sui percorsi di cura e infine individuare e proporre a livello aziendale percorsi formativi specifici rivolti alle figure professionali coinvolte in questi temi. A partire dall'anno 2006, si sono susseguiti a cascata una serie di

incontri per la formazione organizzati dalle varie Aziende Sanitarie all'interno dei Nuclei delle cure primarie, deputati luoghi di elezione. 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 ha avuto modo sicuramente di consolidarsi 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.

Se la gestione dei disturbi psichiatrici comuni avviene prevalentemente all'interno dei servizi delle cure primarie e in minor misura nei servizi di salute mentale, i disturbi psicotici sono generalmente gestiti da questi ultimi. Compito dei professionisti nelle cure primarie è quello di (Programma Regionale "Giuseppe Leggieri", Report 2009, marzo 2010):

- riconoscere precocemente gli esordi psicotici;
- curare la salute fisica dei pazienti con disturbi psicotici in cura presso la salute mentale;
- gestire i casi cronici in cui i sintomi veri e propri sono affievoliti ed il problema principale è rappresentato dalla disabilità.

Per quanto riguarda, invece, l'area dei disturbi psichici da discontrollo degli impulsi, disturbo alimentare ed uso di sostanze, è fondamentale un lavoro di integrazione di reciproca consulenza tra i servizi di salute mentale e delle cure primarie in quanto questi disturbi coinvolgono tanto la psiche quanto il soma e vanno affrontati in un modo congiunto richiedendo interventi su più fronti.

Una nuova svolta in questo panorama è rappresentata dall'implementazione dell'intervento all'interno di nuove strutture sanitarie di medicina territoriale: *le Case della Salute*. Nel 2010 infatti la Regione Emilia Romagna ha approvato "Indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale delle Case della Salute, punto di riferimento certo per i cittadini, alle quali rivolgersi per trovare una risposta ai propri problemi di salute" (DGR n. 291/2010).

Le Casa della Salute (CdS) sono delle strutture polivalenti posizionate sul territorio create per fornire risposte tempestive e accessibili ai bisogni di cura dei cittadini: è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento delle Cure Primarie

(DCP). Esistono differenti tipologie di Case della Salute con una diversa complessità in relazione alle caratteristiche del territorio e alla densità della popolazione: piccola, media e grande (Le “Case della Salute” in Emilia Romagna, Report conclusivo 2013):

- La tipologia di base della Casa della Salute (*piccola*) corrisponde alla sede del Nucleo di Cure Primarie (NCP) ed è finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria: ambulatorio infermieristico, ambulatorio di medicina generale, continuità assistenziale h12, ambulatorio specialistico, assistenza sociale. È inoltre presente un punto informativo all'ingresso che fornisce la prima accoglienza all'utente e il CUP.
- Nella Casa della Salute *media* sono presenti, oltre alle funzioni di assistenza primaria anche gli ambulatori della Medicina di Gruppo, l'ambulatorio pediatrico (PdLS – Pediatri di Libera Scelta), l'ambulatorio ostetrico, il servizio di Guardia medica.

In questa sede vengono anche garantiti tra i servizi sanitari il punto prelievi, attività specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale ecografica, il coordinamento dell'assistenza domiciliare, le vaccinazioni e le certificazioni monocratiche nell'ambito della prevenzione. È presente inoltre una sala riunione per gli operatori.

- La Casa della Salute *grande* si caratterizza per una maggiore complessità rispetto alle precedenti. Essa, infatti, oltre ai servizi territoriali delle cure primarie, presenta servizi per la salute mentale (CSM), la neuropsichiatria infantile ed età evolutiva (NPIA), le dipendenze patologiche (Sert), il consultorio familiare/la pediatria di comunità.

Nell'ambito della prevenzione sono presenti attività di promozione della salute individuale e collettiva (vaccinazioni e certificazioni monocratiche, programmi di screening: pap-test, mammografico, colon retto). In questa tipologia, quindi, è inserita la figura dello psicologo con specifici compiti di PCP.

Dal punto di vista strutturale, come le precedenti ha un punto di accesso immediato e visibile all'ingresso per gli utenti che comprende l'accoglienza e un punto informativo, il CUP e inoltre sale riunioni per gli operatori, una sala polivalente, anche per gli incontri di gruppo con l'utenza.

Gli interventi erogati perseguono il modello della cura collaborativa e interdisciplinare, in cui sono attuati trattamenti congiunti tra medico di famiglia, psicologo, psichiatra, infermiere per la gestione e cura del disagio mentale.

Vengono inoltre erogati interventi brevi all'interno di un percorso stepped-care, secondo cui vi sono tre principali modalità di trattamento che sono attuate a seconda della gravità del caso, individuando quale setting e quale responsabile della cura siano più appropriati. L'obiettivo è quello di offrire quindi percorsi di cura individualizzati, costo-efficace sicuri, che partono dalla presa in carico sino all'invio alle strutture di secondo livello (vedi *Tabella 3.2*): all'interno di questo percorso sono contemplati interventi psicologici che vanno da interventi di consultazione breve a terapie IPC (counselling interpersonale) e IPT (terapia interpersonale), in un range variabile tra tre e ventiquattro sedute.

Tabella 3.2: Percorso di cura per livello di intensità assistenziale. Fonte: Report Programma Regionale "G. Leggieri" (Ediz. 2013,2014)

Linee Regionali di indirizzo			
Livello	Responsabile della cura	Complessità di gestione	Intervento
Livello A Presa in cura semplice	MMG	Basso (episodi autolimitati di disagio emotivo spesso reattivi ad eventi di vita)	Valutazione e gestione diretta
Livello B1 Consultazione sul caso	MMG	Medio (disturbi più strutturati ansia/depressione)	Confronto clinico con lo psichiatra/psicologo per valutazione, indicazioni per gestione o per l'invio ai Servizi
Livello B2a Consulenza	MMG	Medio (disturbi di ansia/depressione resistenti al trattamento, comorbidità)	Invio del paziente per valutazioni ed indicazioni terapeutiche
Livello B2b Episodio di cura condivisa	MMG	Medio/alto (necessita trattamento)	Trattamento combinato farmacologico e psicoterapeutico

specialistico combinato a termine)			
Alto			
Livello C	Psichiatra	-	Presa in cura a medio-
Presa in cura specialistica	Psicologo	(gravi disturbi con rischio per la vita, assenza di supporto sociale, grave disabilità persistente)	lungo termine, spesso multiprofessionale

Come si può vedere dalla Tabella, la cura è suddivisa in diversi livelli:

- Livello A: i casi più lievi sono gestiti dai MMG autonomamente (presa in cura semplice).
- Livello B: i casi di livello moderato sono gestiti dal MMG in collaborazione con il Centro di Salute Mentale (CSM). Tale collaborazione può essere a sua volta una consultazione solo per l'inquadramento del caso (B1), una consulenza al fine del trattamento (B2a) o di cura condivisa (B2b).
- Livello C: i casi più gravi vengono inviati per competenza al CSM che li prende in cura, per restituirli al MMG al termine del trattamento (presa in cura specialistica).
-

Al 31 marzo 2016 sono state contate 81 CdS funzionanti e 42 programmate per un totale di 123 CdS pianificate. Solo nel 2014, il totale degli investimenti per la loro realizzazione è stato di € 119.419.188,54. Le fonti di finanziamento sono state diverse, con una prevalenza di quelle statali (art. 20 della legge 11 marzo 1988, n.67) e di quelle classificate come "altre" (ad es. Comuni, donazioni, fondi stanziati per il sisma).

Diverse sono le azioni messe in atto dalla regione per promuovere e sostenere progressivamente la realizzazione e l'organizzazione funzionale di questo progetto:

- Definizione di obiettivi nell'ambito del Programma di attività della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali;
- Costituzione di un Gruppo regionale composto da Responsabili Regionali di Servizio, Direttori Infermieristici aziendali, Direttori di Distretto, Direttori dei Dipartimenti di cure primarie, per la valutazione dell'intero processo;
- Monitoraggi annuali sul grado di evoluzione introdotto a livello aziendale sui contenuti organizzativi ed assistenziali;

- Incontri di audit qualitativo e di confronto con i professionisti ad opera di un team regionale, per approfondire gli aspetti qualitativi utilizzando interviste strutturate, per mettere in evidenza le buone pratiche sul territorio e facilitarne la disseminazione;
- Attivazione di Gruppi specifici per sviluppare interventi da attivare nelle Case della salute riferiti alla promozione e prevenzione della salute, salute mentale-dipendenze patologiche, salute materno-infantile;
- Costituzione di un gruppo di lavoro regionale per modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale-dipendenze patologiche nelle Case della salute (Determinazione DG n.44446/2014);
- Avvio di una riflessione e proposta di un nuovo setting organizzativo nelle CdS;
- Rilevazioni sullo stato complessivo degli investimenti per la realizzazione delle CdS (risorse statali, regionali, aziendali, partenariato);
- lavoro di ricerca sul campo di rilevazione economico-organizzativa, per definire una metodologia condivisa di rilevazione dei costi delle case della salute, partendo dai dati di contabilità analitica.

3.5.6 L'esperienza toscana: Il progetto di Collaborative Care a Grosseto

Da sempre il Servizio Salute Mentale di Grosseto si è interessato al trattamento dei Disturbi Mentali Comuni in collaborazione con la medicina primaria. Nel 2005 è stato istituito l'Ambulatorio di Consulenza Rapida per i Disturbi Emotivi Comuni, ovvero un ambulatorio privo di connotazioni psichiatriche, nato con l'intento di favorire una rapida risposta al paziente con DCM. Attraverso una linea telefonica dedicata, il MMG aveva la possibilità di contattare lo psichiatra il quale poteva fornire una rapida consulenza telefonica o prenotare un appuntamento con lista d'attesa ridotta da poche ore a 6 giorni al massimo nel caso venisse ritenuto necessario dal MMG. L'ambulatorio era diretto da uno psichiatra che un giorno a settimana prestabilito visitava almeno 4 persone dedicando ad ogni incontro circa 45 minuti. La consulenza si concludeva con un inquadramento diagnostico e dei consigli terapeutici che venivano comunicati al MMG per mezzo di una comunicazione scritta (modello di consultation-liason). Nel caso ci fosse stato bisogno di un ulteriore intervento specialistico, si sarebbe effettuato un nuovo invio come prima

visita ad un medico dell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti (U.F.S.M.A.) o ad uno psicologo se più appropriato, oppure all'Unità di Trattamento dell'Ansia se si trattava di un disturbo d'ansia.

Nel modello grossetano sin dai primi anni si sono costituiti dei gruppi di auto-mutuo-aiuto (gruppi AMA) con un operatore che fungesse da facilitatore. Successivamente l'Unità di Trattamento dell'Ansia è stata costituita da uno psichiatra e due infermieri.

Sempre a Grosseto, uno specifico progetto di ricerca per la cura della depressione venne proposto nel 2009 dal dottor Giuseppe Corlito, Direttore del Dipartimento di salute Mentale di Grosseto, finanziato dalla Regione e proposto poi su scala regionale: venne proposto un progetto di Collaborative Care tra l'U.F.S.M.A. di Grosseto ed un modulo di medicina di base.

Le esigenze della Medicina Generale erano molteplici tra cui quella di avere una consulenza sul campo (Asioli F., 2006); il poter inviare il paziente allo specialista senza che questo lo “sequestri” nel setting specialistico (Asioli F., 2006); la necessità di una formazione continua (Asioli F., Berardi D., 2007); che il grosso dei disturbi comuni rimanesse in carico alla Medicina Generale (Faravelli M., 2004; Corlito G et al., 2006) e che le esperienze di consulenza anche “rapida” dei DSM alla MG “dall'esterno” non saturassero questi bisogni. Questo progetto inoltre, in accordo con la politica dell'OMS, premeva affinché le politiche incorporassero la salute mentale nelle cure primarie, e che i servizi psichiatrici fungessero da supporto alla medicina generale. Secondo Asioli (2007) diversi sono i motivi del ritardo dell'Italia rispetto alle altre nazioni in questo ambito; i DSM, dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, si sono dovuti occupare dei disturbi mentali gravi, trascurando tutte quei pazienti con disturbi di minore gravità, i disturbi psichiatrici comuni. A questo, si aggiunge il ritardo culturale della psichiatria italiana sul ruolo dei MMG nel trattamento essendo questo debole ed “individualista” rispetto all'Ospedale. La collaborazione tra MMG ed i professionisti della salute mentale è stata da sempre legata alla sensibilità individuale di queste due figure, e solo in poche Regioni questa è risultata essere strutturata ed organizzata (Corlito, 2010).

Il modello toscano propone una riorganizzazione delle risorse già impiegate nel trattamento dei Disturbi Mentali Comuni (DMC), per costituire un nuovo gruppo di lavoro con la medicina di base. Il Collaborative Care comprende un insieme di interventi integrati che si basa non solo sulle professionalità dei MMG e professionisti della salute mentale, ma coinvolge nuove figure professionali, i *case managers*. Il case manager o infermiere

delle cure primarie riceve una formazione da parte dei clinici ed un supporto alle decisioni cliniche della medicina di base, ha il compito di educare il paziente e mantenere i contatti con lui attraverso strutturate ed attive visite di controllo. In questo modo ne monitora i progressi, dà feedback al MMG e riceve supervisioni dallo specialista. Infine il case manager ha un ruolo importante nel valutare ed incoraggiare l'aderenza al trattamento. Così come in altre regioni, anche in questo caso è stato adottato il modello *stepped care* (Lussetti et al, 2011; Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 della Regione Toscana) elaborando tre diversi livelli di trattamento a seconda dell'intensità di cura (NICE, 2009).

- Nel primo livello di cura, o *intensità di cura molto bassa*, un ruolo fondamentale è svolto dai case managers che, come già detto, sono gli operatori più a stretto contatto con il paziente. È una prima risposta non farmacologica, per questo innovativa, ai disturbi mentali comuni, che si basa sulla psicoeducazione, sulle tecniche di gestione “attiva” dei problemi, e sull'uso di manuali di auto aiuto. L'autoapprendimento è supportato per 3-5 incontri dall'operatore che viene appositamente formato sul metodo (Lucock et al, 2011). Il case manager ha l'obiettivo di promuovere l'empowerment dei pazienti nella gestione dell'ansia e della depressione e li sostiene mantenendo un contatto proattivo nel tempo;
- Nel secondo livello, quello di *intensità di cura bassa*, vengono offerti trattamenti di gruppo per i disturbi d'ansia e depressione non psicotica. Collaborano insieme gli operatori del primo livello e gli operatori della Salute Mentale.
- Il terzo livello di *intensità di cura alta*, fornisce la terapia cognitivo-comportamentale individuale, terapia interpersonale o il trattamento farmacologico. In questo caso la cura è affidata ai soli operatori della Salute mentale.

Per stabilire quale tipo di trattamento può essere indicato per il paziente, il MMG esegue una prima valutazione ponendo due semplici domande di screeneng sulla depressione; in caso di risposta positiva ad almeno una di queste domande, il MMG somministrerà il PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*, Kroenke et al, 2001), una scala di autovalutazione della depressione, ampiamente usata negli studi di medicina generale (es. Lucock et al,

2011). Il punteggio >4 (depressione lieve), con una diagnosi confermata dal giudizio clinico del MMG, rendono la persona eleggibile al trattamento (NICE, 2009). In base alla gravità del disturbo ed alle preferenze del paziente, il caso può essere trattato dal solo MMG, inviato all'Auto-Aiuto-Assistito (AAA) o ricevere una psicoterapia di gruppo oppure essere assegnato al trattamento individuale psicoterapico (Lussetti et al., 2012).

Il progetto di Collaborative Care, in collaborazione con il Modulo di Medicina Primaria di Grosseto, era costituito da nove medici che lavoravano in quattro studi diversi collocati nel centro di Grosseto. Nel marzo 2012 è stato condotto uno studio pilota per testare sul campo i nuovi strumenti terapeutici come l'AAA e il lavoro di Collaborative Care. Ai MMG era stato chiesto di segnalare persone con disturbo depressivo che avessero un punteggio al PHQ-9 pari o superiore a 4 (depressione lieve). Secondo questi criteri, erano stati selezionati 17 pazienti. I primi casi inviati presentavano sintomi di comorbidità con i disturbi ascrivibili alla sfera dell'ansia, risultato un dato abbastanza comune dagli studi di popolazione (De Girolamo et al., 2005).

Dopo quattro incontri è emersa una significativa riduzione della depressione con la media del PHQ-9 che è scesa da 15,17 a 11,25 (-3,92) che corrispondono ad un passaggio da una depressione definita come “moderatamente grave” ad una “moderata”, con un'alta significatività statistica (test T Student per dati appaiati, 2 code $P < 0,0015$) (Lussetti et al., 2012).

Questa prima esperienza è terminata con l'augurio che una maggiore disponibilità di risorse avrebbe permesso di trattare un numero più elevato di persone. Un altro proposito era quello di sviluppare una raccolta e trasmissione dati fra il MMG inviante e gli operatori del U.F.S.M.A. che partecipano alla Collaborative Care in modo da creare delle liste di pazienti con un sistema informatico.

Il progetto è proseguito nel 2013 con i due obiettivi prefissati al termine dell'esperienza precedente. Questi sono i seguenti:

- Aumentare il numero di persone trattate, attraverso l'aumento delle ore disponibili di interventi cognitivi comportamentali a bassa intensità (low intensity, cognitive-behavioural therapy, LI-CBT), quali l'auto-aiuto guidato e il trattamento cognitivo comportamentale di gruppo;
- Estendere i precedenti trattamenti a tutti i disturbi mentali comuni (depressione non psicotica e disturbi d'ansia: disturbo di panico con o senza agorafobia, disturbo d'ansia generalizzato, fobie specifiche, ansia sociale e disturbi

ossessivi-compulsivi di gravità medio-bassa, sia per l'alta prevalenza nella popolazione generale, sia per la frequente comorbidità.

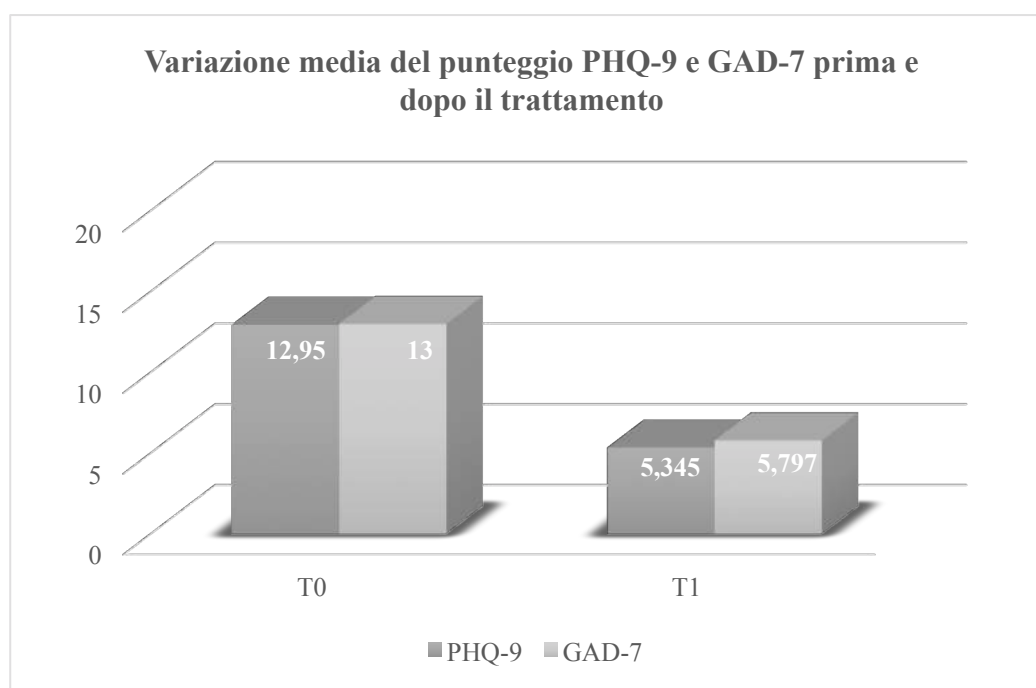
Un infermiere adeguatamente formato ha lavorato 10 ore alla settimana all'auto-aiuto guidato per i pazienti inviati dai MMG. Come in precedenza questo ha previsto 4-5 incontri di aiuto nella consultazione ed applicazione del breve manuale di auto-aiuto e successivamente lo psichiatra ha iniziato i gruppi di trattamento cognitivo-comportamentale. In questa occasione sono stati creati due gruppi, uno per i disturbi depressivi, ed uno per i disturbi d'ansia i quali hanno previsto 8 incontri complessivi. Per il gruppo sui disturbi dell'umore è stato previsto lo stesso manuale adottato nell'auto-aiuto guidato, mentre per il gruppo sui disturbi d'ansia (disturbo di panico e agorafobia, disturbo d'ansia generalizzato e fobie specifiche) è stato creato un manuale ad hoc da uno degli autori.

Ai pazienti che hanno partecipato allo studio è stato somministrato il questionario CORE-OM (*Clinical Outcome for Routine Evaluation– Outcome Measure*, Evans et al., 2000) il GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder*, Spitzer e coll., 2006?) ed il PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*, Kroenke et al., 2001). In caso di disturbo da attacco di panico la valutazione è stata integrata con la *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS, Shear et al., 1997, 2001). Il Gad-7 ed il PHQ-9 venivano somministrate ad ogni incontro, individuale o di gruppo. È stata considerata la definizione di *recovery* presa dal progetto IAPT inglese, che considera recovered un paziente con un punteggio GAD-7 e PHQ-9 inferiore a 10 (Lussetti, 2014).

Dei novantuno pazienti che hanno effettuato almeno una visita presso i centri di salute mentale il 75% erano donne con un'età media di 47.2 anni (23-76). Il 20,9% dei pazienti non ha portato avanti il trattamento perchè rifiutato o perchè in carico ad altri servizi o ancora perchè indirizzati a trattamenti di maggiore intensità. D'altra parte, il 76,9% ha terminato il trattamento con un numero medio di incontri di 5,3 (2-8).

Se all'inizio dello studio il campione presentava livelli di ansia e di depressione moderati (GAD-7: 13; PHQ-9: 12,95), al termine del trattamento si è assistito ad una riduzione di circa 7.3 punti alla PHQ-9 ($P<0,0001$; $IC95\%=5,99-8,65$) e di 7.2 al GAD-7 ($P<0.0001$; $IC95\%=6,05-8,36$) (Figura 3.4) (Lussetti et al., 2014).

Figura 3.4: Variazione media del punteggio PHQ-9 e GAD-7 prima e dopo il trattamento (Lussetti et al., 2014)



Dunque si evince come l'auto-aiuto guidato si è dimostrato non meno efficace delle psicoterapie proprio per la sua semplicità e per il fatto di essere basato su un limitato numero di interventi, alcuni possibili anche attraverso il telefono o la email, adatto ad un contesto di cura collaborativa con la medicina generale. Il manuale inoltre deve essere utilizzato per sostenere la persona aiutandola nel fronteggiare il suo disturbo, senza perdersi però in spiegazioni del disturbo o del suo trattamento. L'obiettivo condiviso con il chronic care model è quello di avere un paziente informato e attivo che agisce con un'equipe preparata e proattiva. L'uso di manuali brevi consente di ridurre le sedute bisettimanali a otto e la durata del gruppo ad un mese. L'invio ai gruppi era aperto anche a persone che erano già in carico ai servizi di salute mentale. Questo approccio sperimentale viene inserito all'interno dei trattamenti di secondo livello nella stepped care, ma risulta

essere ancora costo-efficace ed in grado di offrire grossi vantaggi che sono specifici di un intervento di gruppo, ossia l'apprendimento fra pari. (Lussetti et al., 2014)

Il modello della cura collaborativa ha il vantaggio di sfruttare in modo efficace le risorse psicoterapiche facendo sì che queste vengano offerte solo ai pazienti che non rispondono a interventi di intensità più bassa. Inoltre la collaborazione tra medicina primaria e psichiatria può offrire una serie di interventi che risultano essere una valida alternativa ai farmaci, oltre che intervenire con una presa in carico precoce su una serie di problematiche che potrebbero altrimenti trasformarsi in una patologia più grave.

Si può concludere che confrontato con le altre forme di collaborazione, questo risulta essere il modello con maggiori prove di efficacia seppur richieda un maggior adattamento e costo iniziale.

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

Un diverso progetto, affine per intenti, ma differente nella concettualizzazione, è il servizio *A TU PER TU-Psicologo di Base* lanciato in Trentino nell'aprile 2011 con il finanziamento del comune di Rovereto, ed esteso nel dicembre dello stesso anno nella Comunità dell'Alta Valsugana e Baselga di Pinè.

Già nel 2007 la Giunta Regionale di Trento, con deliberazione n. 2.737 del 7 dicembre, aveva approvato il *Piano provinciale per la salute dei cittadini della tredicesima legislatura* in cui si proponeva di individuare interventi volti a soddisfare i bisogni di salute ed il benessere della popolazione. Erogare servizi per la salute non può più coinvolgere soltanto la medicalizzazione ma deve intervenire su più livelli di cura della persona, concentrandosi sugli aspetti psicologici e sociali dell'essere umano (Unterrichter, 2015). Un ulteriore passo verso questa direzione è stato fatto il 16 febbraio 2010 con la presentazione della proposta di legge alla Camera dei deputati n. 3.215 denominata *Istituzione della figura professionale dello psicologo di base*.

Il progetto a TU PER TU, nasce dalla idea di creare un nuovo servizio attraverso "lo "psicologo di base", inteso come figura psico-sociale e non sanitaria, per dare risposte concrete ai bisogni delle persone "normali" con un metodo nuovo che esuli dalle cure di una patologia in atto e che si concentri sulla salute e non sulla malattia (Unterrichter, 2015, pp. 46). Pertanto esso non rientra nell'orbita dei servizi che si occupano di psicopatologia (già coperte dai servizi di psichiatria, psicologia clinica, consultori ecc.) e

non vuole annoverarsi come un servizio inserito nel Sistema Sanitario. Il suo scopo è quello di occuparsi di relisienza, adattabilità, sviluppo personale e salute in senso lato (Unterrichter, 2015), con il fine ultimo da un lato di cogliere i nuovi bisogni nella loro fase di prima insorgenza e dall'altro lato, di rispondere all'esigenza di contenere la spesa sociale, dovuta al sovrautilizzo dei servizi sociosanitari, senza abbassare il grado di efficacia dell'interventi.

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 che offrisse risposte a quelle persone che avessero bisogno di affrontare alcune difficoltà personali e relazionali della vita quotidiana, siano esse residenti e non all'interno del Comune.

Secondo compito dello psicologo di base era quello di monitorare le condizioni di salute delle persone e della comunità locale. La durata della sperimentazione per la città di Rovereto era stata concordata per sette mesi. Gli obiettivi del servizio dovevano essere i seguenti:

- Creare uno spazio professionale ai bisogni della vita quotidiana delle persone;
- Elaborare una mappatura delle tematiche psicosociali della cittadinanza che fruisce dal servizio;
- Agevolare, se necessario, la conoscenza di servizi specialistici valorizzando le specificità di ciascun servizio.

Il servizio inoltre era gratuito per un numero massimo di quattro incontri per ciascuna persona, con la possibilità di un invio ad un servizio specialistico territoriale nei casi che esulassero dall'ambito di prevenzione. Lo psicologo costruisce ad hoc il proprio intervento per ogni individuo: per questo motivo anche il tempo necessario all'intervento è soggettivo, per cui mentre per alcune persone può rendersi necessario un solo incontro, per altri sono necessari più incontri, proporzionali alle aree da arrangiare, alle risorse del soggetto e alle sue capacità di integrazione. Gli incontri si sono svolti in spazi lontani da connotazione medica e di libero accesso, con la disponibilità di tre pomeriggi a settimana di due ore ciascuno.

A differenza delle altre realtà menzionate, quindi, anche il setting in cui opera la figura dello psicologo sarà ben lontana da ambulatori dei medici di base, nuclei di cure primarie, case della salute, CSM o altri presidi prima citati attinenti alla sfera medica. Per come è concepito il servizio, egli lavorerà in luoghi con connotazioni neutre e non sanitarie con lo

scopo di non evocare lo stigma della malattia mentale e per rimuovere le resistenze personali nel sentirsi “malato” o “sbagliato”. Questi luoghi potrebbero essere condomini di abitazioni private o stabili dove operano già servizi di altro genere (commercialisti, avvocati, associazioni ecc.) oppure edifici adibiti ai servizi ai cittadini come i palazzi di Comuni, Provincie, 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 è stato previsto uno spazio di segreteria in cui le persone potessero richiedere informazioni o appuntamenti anche personalmente.

Il ruolo dello psicologo in questo progetto non è la diagnosi e l’intervento sulla psicopatologia, bensì affiancare le persone, aiutarle ad aumentare i propri livelli di resilienza e di empowerment personali. Lo psicologo di base è un professionista che partendo da un’indagine di tipo fenomenologico sia in grado di riconoscere le risorse della persona che ha davanti con i suoi punti di forza e di debolezza non solo da un punto di vista del funzionamento ma anche del contesto. Questo implica l’individuazione e l’utilizzo di una costellazione di elementi personali e di contesto con l’obiettivo di fotografare la persona e le relative risorse, determinarne la sua resilienza emotiva e quella di contesto e, successivamente, saperne cogliere le eventuali zone di debolezza nell’integrazione tra realtà ed emotività ed aiutare l’elasticità nella ridefinizione di sé nei diversi contesti (Unterrichter, 2015).

La posizione dello psicologo è quella di un osservatore competente che effettua un’analisi emotiva delle risorse personali, per poi passare ad una selezione dei nuclei da potenziare individuando la strada migliore per quella persona per l’integrazione dei suoi significati.

È fondamentale in questo compito l’integrazione della conoscenza psicologica sia nel suo insieme (cognitivistica, gestaltista, dinamica, fenomenologica ecc.) sia con altre discipline come la sociologia e la pedagogia da cui trarne strumenti utili al servizio del caso individuale e di contesto. Per questa ragione la preparazione professionale dello psicologo di base sarà estesa non solo all’ambito psicologico-clinico ma anche a quello pedagogico e sociologico.

Il fine ultimo dello psicologo di base è, infatti, quello di aiutare le persone ad integrare le proprie esperienze e facilitare il dialogo tra mondo interno ed esterno, che è ciò che costruisce la salute facendo sì che una situazione di impasse come la morte di una persona cara, un fallimento, un momento di smarrimento, che di per sé non necessariamente

compromettono il funzionamento di personalità, non portino, se ignorate, ad un breakdown personale e di contesto. Proprio nell'ottica del potenziamento della resilienza personale, lo psicologo di base agisce su tre livelli fondamentali:

- *Care* in un'ottica di potenziamento e non di assistenza;
- *Helping* inteso come il raggiungimento tra bisogni percepiti e possibilità di realizzazione personale;
- *Prevenzione* attraverso la realizzazione di mindfulness ed empowerment personale.

Lo psicologo di base si dedica allo stile di vita e non alla patologia su due livelli.

A livello macro:

- Offre strumenti alle persone per realizzare i propri bisogni di sicurezza, relazione, realizzazione, stima di sé, autorealizzazione;
- Crea uno spazio d'incontro, accogliimento e ricerca di soluzioni alle problematiche concrete delle persone;
- Potenzia le risorse di resilienza ed empowerment individuali, delle famiglie e delle comunità;
- Facilita l'acquisizione di nuovi stili cognitivi ed emozionali;
- Raccoglie ed elabora una banca dati sulle problematiche psicosociali dei cittadini
- Incentiva e costruisce nuove collaborazioni e relazioni tra enti pubblici e privati del territorio, promuovendo cooperazione e mai concorrenza, con l'obiettivo di creare un miglior servizio socio-sanitario (Unterrichter, 2015, pp. 59)

A livello micro il suo obiettivo è quello 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 porta all'attribuzione di un significato della nostra vita attuale per prendere coscienza di sé al fine di vivere armoniosamente quanto ci circonda;
- Promuovere nuovi insight per un migliore adattamento nel quotidiano;
- Rinforzare le proprie risorse e la resilienza personale costruendo empowerment sociale.

In quest'ottica di prevenzione primaria e secondaria lo psicologo di base è una figura simile a quella del medico di base, ma nell'ambito del disagio psico-pedagogico-sociale invece che fisiologico. In quest'ottica potremmo forse considerare il modello adottato da Unterrichter come un modello generalista, anche se lontano dal mondo sanitario.

Come già accennato, nonostante sia fondamentale una solida conoscenza di tutte le teorie psicologiche dei diversi approcci, la metodologia utilizzata si ispira alla teoria dell'intervento centrato sul cliente (Rogers, 1961), dove l'ambito di azione è fenomenologico e non introspettivo, il cui principio fondamentale sta nell'adattamento del professionista alla persona che ha davanti e non viceversa.

Rispetto alla valutazione del servizio, infine, è stato costruito un questionario composto da cinque scale che indagassero:

1. La soddisfazione delle persone rispetto alle aspettative con cui si erano rivolte al servizio
2. L'utilità di poter contare su un servizio simile anche per il futuro
3. L'utilità di un servizio di psicologia di base e di breve intervento
4. Titolo di studio degli utenti
5. Situazione familiare

Dall'analisi dei dati, oltre all'alto tasso di soddisfazione si è rilevato che la metà delle persone non parlava con nessuno del loro malessere, e l'altra metà di essi cercava aiuto nella propria rete informale. Entrambi i gruppi hanno riconosciuto l'utilità di questo servizio per migliorare la loro condizione con l'aiuto di qualcuno di esterno alla propria cerchia di conoscenze. Gli utenti del secondo gruppo hanno inoltre riconosciuto il peggioramento della propria situazione a seguito di consigli forniti dai propri amici e conoscenti in quanto poveri di una prospettiva globale e contestuale oltre che "ingenui" e non professionali.

3.5.8 L'esperienza piemontese

Il Piemonte ha una storia ricca di iniziative volte all'implementazione di interventi psicologici nelle cure primarie. Nell'aprile 2015 è stato organizzato dall'Ordine degli Psicologi del Piemonte un convegno di psicologia di cure primarie (www.psicologiacureprimarie.org) in cui sono intervenuti colleghi italiani e inglesi al fine

di confrontarsi sulle possibili pratiche d'intervento nelle diverse realtà. Questo convegno è anche stato l'occasione per ripercorrere i vari programmi promossi nella regione:

- Nel Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009 una grande attenzione è stata posta all'evoluzione delle forme di integrazione di assistenza sanitaria nelle cure primarie, con la costituzione di strutture polifunzionali integrate quali le Case della Salute (CdS) (Liuzzi 2016);
- Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015 promuove l'orientamento alla promozione attiva della salute, alla responsabilizzazione del cittadino verso la propria salute, al coinvolgimento delle proprie risorse al fine di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione impropria;
- La Delibera Giunta Regionale (DGR) del 2012, *Programmi Operativi per il triennio 2013-2015*, descrive l'assistenza psicologica nelle cure primarie in Piemonte come la soluzione organizzativa innovativa che permette l'integrazione tra i diversi settori;
- Infine nel 2014 è stata proposta con delibera regionale Dgr. N. 15 del 4 Febbraio 2014 in Regione Piemonte una sperimentazione congiunta (Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino, ASL, Ordine degli Psicologi) volta all'introduzione dei servizi di psicologia delle cure primarie in 13 ASL del Piemonte.

In ordine temporale e riprendendo le precedenti proposte, elenco i principali progetti che hanno reso piede in questa regione.

L'ASL To5

Sicuramente tra le primissime esperienze piemontesi bisogna annoverare quella dell'ASL TO5 iniziata nel maggio 2007 quando sei Medici di Medicina Generale di La Loggia, un paese a sud di Torino, si sono riuniti in medicina di gruppo con l'obiettivo di costituire un Gruppo di Cure Primarie, appoggiati dall'ASL e dal Comune (Aress, Scheda P.A.S. 2012 – n. 4.1.7., anno 2013).

All'interno del gruppo era presente il servizio di Psicologia, il Consultorio Familiare (ginecologo e pediatra di comunità), un'infermiera della Diabetologia, il servizio prelievi ematici, l'infermiere di comunità per la prevenzione delle malattie cardio-vascolari e per l'esecuzione delle terapie iniettive. Successivamente si sono inseriti anche la Pediatra di Libera scelta e l'Assistente Sociale del C.I.S.S.A. Questa organizzazione è stata poi

formalizzata nel 2008 con la Delibera n. 465 del 14 aprile dell'ASL TO 5 e la Delibera n. 34 del 18/03/2010 del Comune di La Loggia.

Per quanto concerne il rapporto e l'integrazione tra il MMG e lo Psicologo, sono state attuate alcune procedure organizzative e assistenziali.

Il MMG poteva richiedere un confronto allo Psicologo riguardo le modalità più adeguate di invio rispetto ad una risposta di intervento psicologico. In seguito il MMG formalizzava l'invio attraverso una prescrizione di una ricetta, che sarebbe stata automaticamente consegnata dalla segreteria dei medici allo psicologo. Entro una settimana lo psicologo aveva il compito di contattare il paziente per un primo incontro valutativo volto ad individuare l'urgenza della domanda e, sulla base dei criteri di priorità, il paziente veniva poi preso in carico da uno psicologo della SC di Psicologia. Alla fine del percorso, e anche in itinere se ritenuto necessario, lo psicologo aveva l'onere di restituire un feedback al medico attraverso una refertazione scritta o un confronto verbale. Periodicamente lo psicologo era invitato a partecipare agli incontri d'equipe tra i MMG del gruppo di cure primarie, dove si discuteva dell'andamento degli interventi, dell'adequatezza degli invii e si definivano modalità di cure specifiche per le situazioni più complesse. Questo tipo di collaborazione prevedeva quindi la funzione dello psicologo come collegamento tra il MMG e i servizi di salute mentale già esistenti sul territorio, adottando quindi un tipo di modello di consultation-liason.

Nel 2008 è stata avviata la sperimentazione delle Case della Salute (alcune delle quali ancora attualmente attive), ma successivamente la stessa è stata chiusa ed è stata deliberata la creazione dei Centri di Assistenza Primaria, formule più integrate tra Medicina Generale e Medicina Specialistica che fungono da riferimento per le cure primarie attraverso una riconversione dei piccoli presidi ospedalieri (Fondazione Istud, Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura e assistenza, Report 2013).

L'ASL ToI

Nell'aprile 2010 è partita una sperimentazione protrattasi fino al dicembre 2011 presso gli ambulatori del Gruppo di Cure Primarie Medic'Azione costituito da sei medici di medicina generale. Questo progetto prevedeva la collaborazione tra la Struttura Complessa Psichiatria Distretti 1-8 del Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale dell'ASL TO1 ed il Servizio di Psicologia Clinica di Liason del Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale dell'AOU San Giovanni Battista (Petrizzelli M. et al., 2012). Il finanziamento

economico e le risorse professionali per la realizzazione di questa sperimentazione sono state garantite proprio da queste strutture, pertanto non ha richiesto costi aggiuntivi.

Obiettivo principale del progetto era quello di offrire interventi psicologici e psichiatrici sui disturbi d'ansia e dell'umore nella sede dell'attività del MMG attivando momenti di confronto e collaborazione professionale per ridurre lo stigma e favorire una cultura condivisa sul fenomeno del disagio psichico. I servizi che venivano offerti riguardavano: consulenze psichiatriche e psicologiche, percorsi di consultazione psicologica, interventi psicologici su focus problematici, informazioni e consulenze sulla Salute Mentale per via telefonica e telematica (via e-mail), visite domiciliari e discussioni su casi clinici con i MMG. Per quanto concerne le modalità di accesso, invece, queste potevano avvenire o tramite invio diretto del paziente presso la sede del Gruppo di Cure Primarie dal MMG o per via telefonica/telematica (via e-mail) contattando il servizio Psicologi in Linea del DSM-ASL TO1. I risultati della sperimentazione hanno confermato le aspettative sull'utilità del servizio: esiste, infatti, una forte domanda di cura per sintomatologia ansioso-depressiva; la diagnosi e il trattamento precoce di queste patologie (compresi i casi sottosoglia) ha migliorato le condizioni di salute dei pazienti prevenendo la cronicizzazione di queste patologie, grazie soprattutto all'impatto non stigmatizzante del luogo di cura e dell'accesso privo di barriere burocratiche.

Tra i punti di forza del Progetto vanno enumerati:

- i bassi costi richiesti, che, se comparati alla produttività e all'appropriatezza degli interventi possono quindi portare a dei benefici a breve, medio e lungo termine, oltre che la diminuzione delle prescrizioni farmacologiche e l'utilizzo delle risorse del Sistema Sanitario (visite specialistiche non necessarie, accessi al P.S. ecc.);
- la sinergia tra gli operatori sanitari e il riconoscimento del MMG come figura professionale di riferimento che ha favorito interventi appropriati alla situazione;
- la costruzione di percorsi di cura diversificati e l'utilizzo di una metodologia di rete grazie ad una maggiore collaborazione tra i vari servizi presenti nel territorio, specialistici e non, che ha favorito l'accompagnamento del paziente nel percorso di cura a lui più consono evitandogli pellegrinaggi tra i vari servizi;

- l'assetto anti-stigmatizzante, la possibilità di cogliere il disagio prima che sia strutturato e la facile accessibilità del servizio.

Non mancano certo, per contro, i punti di debolezza del progetto che risultano essere: le limitate risorse a disposizione per le attività sanitarie e formative, il rischio di non reperimento di risorse per garantire la continuità e stabilità del Progetto, la complessità di comunicazione del Progetto, e infine la resistenza culturale al cambiamento (Petrizzelli M. et al., 2012).

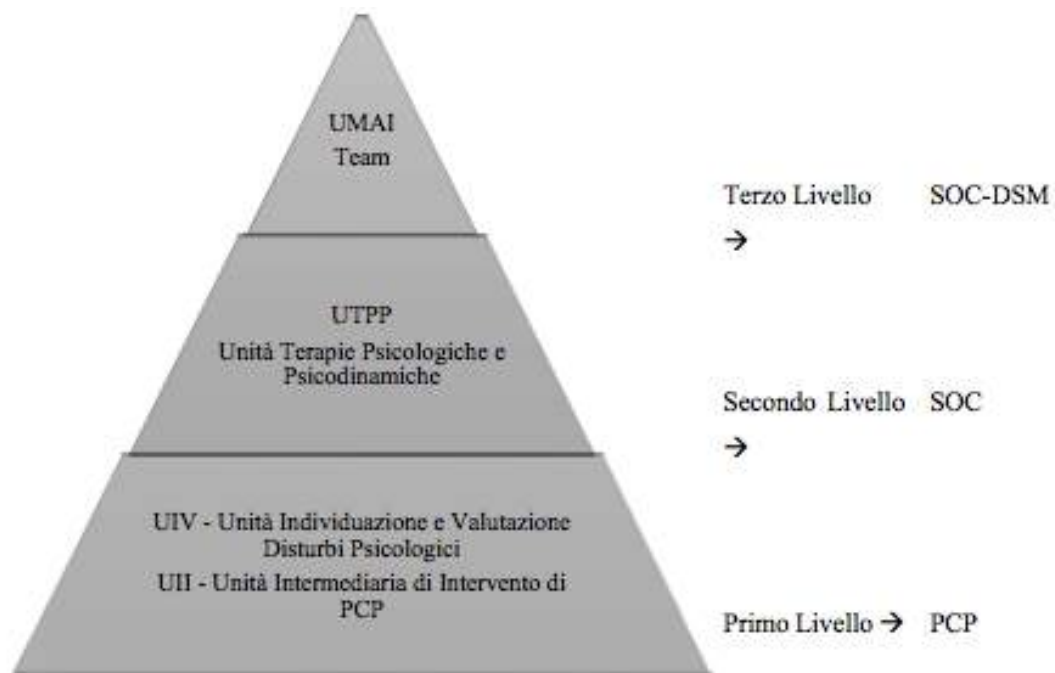
L'ASL di Asti

Un'altra delle prime esperienze piemontesi di sviluppo di un Servizio di Psicologia di Cure Primarie è quella della Struttura operativa complessa (SOC) di Psicologia Clinica dell'ASL di Asti in cui è stato applicato un modello di cura a più livelli (*stepped care*) e a diversi livelli di concentrazione di competenze (*hub and spoke*) (Liuzzi 2010).

Il modello astigiano prevede tre livelli di intervento in progressione (*Figura 3.5*):

- Primo Livello:
Unità di Individuazione e Valutazione disturbi psicologici (UIV – livello A);
Unità Intermediaria di Intervento di PCP (UII – livello B)
- Secondo Livello:
Unità Terapie Psicologiche e Psicodinamiche (UTPP)
- Terzo Livello:
Unità Multidisciplinare ad Alta Intensità, interventi di salute mentale (SOC-DSM) – UMAI.

Figura 3.5: Il modello di organizzazione del Servizio di Psicologia di Asti (Liuzzi, 2010)



Il primo livello di intervento viene svolto da due Unità operative.

La prima, che corrisponde *all'Unità di Individuazione e Valutazione di Disturbi Psicologici* (UIV), entra tempestivamente in contatto con il paziente, valuta la gravità del suo disturbo e lo invia al tipo di intervento per esso più adeguato. Questa unità esegue anche interventi brevi focalizzati all'educazione psicologica, di biblioterapia e di supporto di gruppo. Coordina inoltre i percorsi dei pazienti che necessitano di un'assistenza continuativa nel tempo sempre all'interno delle Cure Primarie per stimolare il paziente ad una conoscenza maggiore rispetto al proprio disagio psicologico e a sviluppare percorsi di empowerment personale. La seconda unità operativa, denominata *Unità Intermediaria di Intervento di Psicologia di Cure Primarie* (UII), svolge la funzione di intermediario tra il primo livello di Psicologia delle Cure Primarie e i servizi specialistici. Compito fondamentale è quello di individuare i pazienti che presentano delle difficoltà psicologiche, ma per i quali un intervento specialistico di medio-lungo periodo non sembra adeguato. Si tratta di forme di disturbo sottosoglia, per cui un intervento all'interno delle Cure Primarie non sarebbe sufficiente, ma allo stesso tempo non presentano caratteristiche psicologiche tali da poter giustificare un intervento specialistico nei centri di salute mentale. I servizi erogati in questo livello di assistenza riguardano

gruppi specializzati di supporto in determinate patologie e disturbi, terapie brevi focalizzate, terapie di supporto psicologico individualizzato, psicoterapie di gruppo.

I servizi di secondo livello all'interno delle *Unità di Terapie Psicologiche Psicodinamiche* (UTTP) offrono interventi di consultazione, di terapia psicologica e psicodinamica, di breve e di medio periodo, e di psicoterapia di gruppo.

I servizi di terzo livello rappresentati dall'*Unità Multidisciplinare ad Alta Intensità* (UMAI) di interventi di salute mentale si occupano dei casi complessi, resistenti a trattamenti, cronici e ad alto rischio, all'interno di team integrati con servizi di Psichiatria e Socio-assistenziali del Dipartimento di Salute Mentale.

Per quanto concerne l'organizzazione, il servizio è strutturato secondo il modello hub and spoke, cioè a raggiera (vedi *Figura 3.6*). Il servizio, cioè, non è organizzato in modo uniforme in cui tutte le sedi erogano tutti i servizi, cosa che sarebbe impossibile per la scarsità di mezzi a disposizione nonché poco economico, ma prevede un'organizzazione per centri di competenza e per tipologia di prestazioni offerte: si va dai centri che erogano un cospicuo numero d'interventi di livello qualitativo adeguato, ma con solo alcune caratteristiche di specializzazione (spoke), in progressione fino a quei centri che realizzano un relativo numero d'interventi ad alta qualità ed elevata complessità (hub), nel tentativo di mantenere un elevato livello di monitoraggio dei trattamenti erogati in tutti i centri del servizio.

Figura 3.6: Il modello hub and spoke proposto nell'organizzazione del Servizio di Psicologia delle Cure Primarie dell'ASL di Asti (Liuzzi, 2010)



In questo modo il rapporto che si crea tra i servizi facenti parte del modello è in costante cooperazione ed integrazione attraverso opportuni momenti strutturati di condivisione ed interazione. Il lavoro di rete con i MMG è cruciale e deve essere un processo continuativo e co-costruito.

Alla luce della tipologia di servizio offerto al cittadino, secondo Liuzzi (2010) i candidati al gruppo di PCP:

- sono specializzati in psicologia della salute e in psicologia clinica;
- hanno esperienza di tirocinio in servizi di psicologia appartenenti al SSN e quindi in grado di lavorare all'interno del SSN e all'esterno con servizi vari;
- sono disponibili al lavoro di squadra e multidisciplinare;
- sono preparati a lavorare in organizzazioni complesse con confini spesso sovrapponibili e non privi di incertezze.

L'Asl To2

Dal 2012, infine, a Torino è attivo un progetto-pilota d'intervento di PCP secondo il modello della cura collaborativa, in collaborazione con alcuni ambulatori di medicina di gruppo e l'Asl To2.

Si tratta di un intervento in collaborazione con i medici di famiglia volto ad offrire un servizio collaborativo al fine di supportare i medici nella gestione di pazienti che presentano difficoltà di ordine psicologico, nel tentativo di offrire un percorso di cura collaborativa basato sull'ottica bio-psico-sociale. Il modello d'intervento è integrato, collaborativo, multidisciplinare e stepped-care.

Obiettivo di questo nuovo progetto-pilota era quello di realizzare interventi psicologici all'interno delle cure primarie che fossero adeguati al paziente attraverso un modello *stepped care*, per fornire un servizio di alta qualità, accessibile, efficace, cost-effective e integrato con gli altri servizi del territorio. Secondo obiettivo del progetto era quello di promuovere quindi una migliore utilizzazione delle risorse presenti nella sanità del territorio col fine di ridurre le spese attraverso il minor ricorso ai servizi di pronto intervento e la prescrizione di visite specialistiche non necessarie.

Secondo Liuzzi è possibile raggiungere questi obiettivi attraverso:

- *Efficienza clinica ed appropriatezza terapeutica* le quali si realizzano attraverso un'adeguata attenzione nel trattamento di alcune patologie psicologiche particolarmente comuni nell'area delle cure primarie (ansia e depressione lieve e moderata o disturbi sottosoglia DSM e in comorbilità, malattie croniche con disturbi psicologici secondari, disturbi psicosomatici di moderata entità, disturbi psicologici legati a fasi del ciclo di vita, sintomi medici ideopatici ecc.)
- *Costo-efficacia degli interventi* attraverso la diminuzione della prescrizione di visite specialistiche non necessarie, degli accessi impropri al DEA e ai Pronto Soccorso ed una minore prescrizione di farmaci ecc.

Questo modello di integrazione prevedeva il coordinamento e la cooperazione di diverse figure professionali nel processo di assistenza; organizzati in team multi-professionali erano costituiti da: un medico di famiglia, uno psichiatra, uno psicologo ed un infermiere o un educatore esperto o formato sulla depressione, il quale aveva il compito di valutare i sintomi e svolgere interventi educativi sui pazienti. Come abbiamo detto la strategia d'intervento adottata è la strutturazione di un percorso per intensità di cura ispirata allo Stepped-Care Model, che avrebbe permesso un rapido accesso a:

- Interventi a bassa intensità
- Attività di consulenza e consultazione

- Visite congiunte medico-psicologo
- Collaborazione con personale infermieristico sanitario e amministrativo, nella erogazione della cura collaborativa.

Il progetto ha previsto varie fasi, ognuna corredata da strumenti di rilevazione, misurazione e valutazione dell'attività svolta (Liuzzi, 2016, pp.266-267):

1. *Visite congiunte*: Il servizio offre visite congiunte medico-psicologo una volta a settimana in modo continuativo. Lo psicologo è accanto al MMG durante la visita dei pazienti, affrontando se necessario questioni psicologiche e psicosociali che possono presentarsi, collegate allo stato di salute
2. *Diagnosi*: Anche il processo di diagnosi viene effettuato congiuntamente dalla coppia medico-psicologo durante queste visite a cadenza settimanale; possono però, in taluni casi, essere indette apposite riunioni diagnostiche in merito a casi particolari.
3. *Interventi psicologici*: Seguendo il modello stepped care esistono vari livelli di intervento. A livello Individuale possono verificarsi interventi sulla crisi, interventi a bassa intensità ed interventi ad alta intensità.

Negli *interventi sulla crisi* il focus è sull'urgenza e la risoluzione della crisi a cui segue successivamente l'individuazione di un possibile percorso terapeutico condiviso con il paziente.

Se si parla di *interventi a bassa intensità* possono intendersi:

- 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 di psicoterapia breve da due a sei sedute. Si concentrano sull'individuazione del nodo centrale del problema, sul supporto psicologico e sulla gestione dei sintomi negativi.

Per *interventi ad alta intensità* si intendono interventi di psicoterapia intermedia (da sei a dodici sedute) per quelle problematiche più complesse. Tendono a favorire una maggiore comprensione e consapevolezza da parte del paziente delle sue problematiche e di sé stesso. Fanno parte di questo livello di intervento anche

le sessioni di DIT (Terapia Interpersonale Dinamica Breve) fino a sedici sedute, sempre per una individuazione, gestione e risoluzione di problemi complessi a carattere depressivo o ansioso.

A livello di comunità vengono erogati interventi di terapia di gruppo soprattutto per quel tipo di pazienti con difficoltà i quali potrebbero solo beneficiare di un contesto gruppale, o interventi psicosociali di miglioramento del benessere psicologico, fisico e sociale volti alla psicoeducazione e promozione di stili di vita salutari (sedute di attività di rilassamento, yoga, ginnastica posturale biblioterapia, interventi di educazione sanitaria ecc.).

4. *Follow-up interventi e monitoraggio*: In questa fase un importante ruolo è svolto da personale non medico, tirocinanti e specializzandi tra cui fornire supporto ai pazienti che lo desiderano con colloqui o telefonate, monitorare l'evoluzione della sintomatologia e gestire il follow-up dei pazienti e realizzare il monitoraggio degli interventi erogati. Il follow-up viene eseguito per mezzo di colloqui, anche telefonici, a cadenza mensile per i primi dodici mesi, dove ci si informa sullo stato di benessere del paziente nel tempo, la prevenzione ed il monitoraggio di ricadute ed un rilevamento finale dell'esito della terapia tramite un questionario.

Altri compiti che spettano a queste figure riguardano: la realizzazione di interventi psicoeducazionali sulla conoscenza delle principali problematiche psicologiche, specialmente quelle legate al ciclo di vita, e l'individuazione e la catalogazione delle risorse presenti nel territorio che favoriscono un miglior orientamento ai servizi sociali e sanitari di comunità e ai percorsi di salute.

Per quanto riguarda gli esiti relativi a questo progetto pilota, per meglio monitorare l'appropriatezza clinica e la valutazione degli outcomes, vengono utilizzati i seguenti strumenti di rilevazione e valutazione:

- GHQ-2 (*General Health Questionnaire*, Goldberg & Williams, 1988) per attività di screening
- GHQ-12 (*General Health Questionnaire*, Goldberg & Williams, 1988), WHO-5 (*Well-Being Index*, Bech 2004) per la rilevazione generale dello stato di salute psicologica del paziente, CORE-OM (*Clinical Outcome for Routine Evaluation – Outcome Measure*, Evans et al. 2000) per la valutazione degli esiti

- PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*, Kroenke Spitzer, & Williams, 2001) e GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder*, Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006) per la rilevazione del miglioramento della sintomatologia ansioso-depressiva
- Questionario sulla soddisfazione del paziente
- Redazione di un report clinico standardizzato medico-psicologo-operatori.

Per quanto concerne invece la costo-efficacia dell'intervento, per ogni singolo paziente trattato, sia a livello individuale che di gruppo, sono state effettuate delle rilevazioni pre-post rispetto ai trattamenti ricevuti ma non solo. Sono state infatti anche considerati le visite ambulatoriali prima e dopo il trattamento, le prescrizioni farmacologiche, il ricorso ad esami e visite specialistiche ed il ricorso a ricoveri ospedalieri e accesso ai servizi di emergenza.

Rispetto ai risultati, data la scarsità dei fondi investiti in questa sperimentazione i dati riportati in letteratura sono da considerarsi come indicatori di processo che danno una prima parziale idea di quello che è stato fatto in questo progetto pilota. Nella *tabella 3.3* è riportato il numero totale degli interventi eseguiti in due ambulatori di medicina di gruppo suddivisi per periodo novembre 2013-marzo 2015 e per tipologia di intervento. Nella *Tabella 3.4* saranno riportati i risultati ottenuti in termini di efficienza economica e di risparmio di interventi sanitari per ogni paziente che abbia ricevuto un trattamento psicologico.

Tabella 3.3: Interventi eseguiti Liuzzi, 2016)

Azioni	Nov-dic 2013	1 2014	trim. 2014	2 2014	trim. 3 2014	trim. 4 2014	trim. 1 2015	Tot.
Intervento sulla crisi	1					1		2
Consultazioni singole, interventi supportivi su life-events, interventi brevi (1-3 sedute)	6	14	9		3	5	3	40
Interventi a bassa intensità (1-6 sedute)	4	4	1		1	4	3	17
Interventi ad alta intensità (6-12 sedute)	4	3			1		5	13
Terapie DIT (16 sedute)	4					3		7
Totale	19	21	10		5	13	11	79

Tabella 3.4: Riduzione interventi sanitari di efficienza economica (Associazione PCP-research (www.pcp-research.com); www.psicologiacureprimarie.org)

Indicatori	<i>Prima dell'intervento psicologico</i>	<i>Dopo l'intervento psicologico</i>	<i>Percentuale</i>
Visite medico di famiglia	25	19	-24%
Prescrizioni farmacologiche	134	109	-18,66%
Visite specialistiche	68	31	-54,41%
Accessi al pronto soccorso	4		
Assenze per malattia	54		

3.5.9 Discussione

Le esperienze esposte nei precedenti paragrafi suggeriscono risultati promettenti sia in merito all'efficacia clinica sia all'efficienza economica rispetto al possibile inserimento nel nostro Paese della figura psicologica nelle Cure Primarie.

Tuttavia è evidente anche una forte eterogeneità tra i vari servizi proposti riguardo una serie di indicatori: il tipo di modello di collaborazione, il tipo di servizio, il percorso di cura, l'accesso dell'utente, il pagamento della prestazione, il setting, la formazione del professionista e la valutazione dei risultati.

Notiamo come, ad eccezione dell'esperienza trentina proposta da Unterrichter dello Psicologo di Base come progetto di tipo territoriale e comunitario, tutte le altre esperienze sono inserite all'interno del primo livello di cura del sistema sanitario, anche se in diverse formule di collaborazione. A questo proposito, il modello di cura adottato dall'esperienza romana può essere associato ad un modello generalista. Altre esperienze hanno iniziato il loro percorso attraverso un tipo di modello basato sull'invio e/o sul collegamento tra MMG e psicologo o in generale Servizi di Salute Mentale sul territorio. Tra questi ricordiamo il progetto "Psichiatria e Medicina di base" nato in Emilia Romagna, e precursore del Programma Leggieri che si è poi successivamente spinto verso un tipo di cura maggiormente integrata e multiprofessionale prima con i Nuclei delle Cure Primarie e poi con le Case della Salute; la stessa cosa può essere detta per gli "Ambulatori di Consulenza Rapida per i Disturbi Emotivi Comuni" in Toscana basati su un modello di consultazione e collegamento tra MMG e uno psichiatra all'interno di un ambulatorio adibito a questo tipo di servizio, che sono stati il primo step per un tipo di servizio di cura collaborativa integrata. Altre esperienze ancora sono nate già all'interno di gruppi

monoprofessionali (medicina di gruppo) o multidisciplinari come i nuclei delle cure primarie o gruppi di cure primarie che hanno già fornito un terreno fertile per il confronto e l'apertura verso nuove figure e nuovi temi, nell'ottica di una presa in cura globale del paziente. Tra queste vi è l'esperienza piemontese. Tuttavia è difficile fare una distinzione netta tra modelli in quanto all'interno di ogni cura collaborativa sono previste consulenze psicologiche/psichiatriche e collegamento con il professionista specialista per un'accurata diagnosi e valutazione così come sono previsti invii nei casi di persone che hanno bisogno di una presa in carico a lungo termine. Per quanto riguarda il percorso di cura del paziente, molti progetti hanno mutuato dall'esperienza estera il modello stepped care (NICE, 2009). Ad aderire a questo modello sono stati i diversi progetti che si sono avvicinati in Emilia-Romagna, in Toscana, in Piemonte, ovviamente ciascuno riadattandolo ed inserendolo all'interno dei propri sistemi. Se per il programma Leggieri in Emilia Romagna il primo livello di cura rivolto a pazienti con episodi di disagio emotivo reattivo ad eventi di vita si basava essenzialmente su una valutazione ed una gestione diretta del medico di medicina generale, all'interno del progetto di psicologia delle cure primarie piemontese il primo livello di cura a bassa intensità poteva consistere in colloqui singoli e focalizzati, o interventi di psicoterapia supportiva a cadenza variabile sulla base dei momenti del ciclo di vita del paziente oppure psicoterapie brevi da due a sei sedute. L'esperienza Toscana invece, che maggiormente ha preso ad esempio il programma IAPT inglese, ha strutturato il suo primo livello di cura (identificato come intensità di cura molto bassa) basandosi su due elementi principali: la figura del case manager e l'uso di manuali di auto-mutuo-aiuto (o auto-aiuto-assistito). È un intervento basato sulla psicoeducazione, sulla partecipazione attiva del paziente nella gestione del proprio problema attraverso biblioterapia apposita e sull'aiuto del case manager, un operatore appositamente formato per un sostegno all'autoapprendimento. Molto simile era anche l'impostazione del primo livello di cura del modello stepped care adottato dal Piemonte.

Rispetto al tipo di accesso, in Emilia Romagna, nelle Case della Salute esso è favorito da servizi di segreteria o accoglienza situati in ogni CdS, tuttavia è possibile accedere anche tramite prenotazione o invio del MMG. Analogamente nell'esperienza piemontese l'accesso dell'utente avveniva su invio del medico o su accesso diretto tramite i Gruppi di Cure primarie. Vedremo che anche nella sperimentazione veneta l'accesso avviene in modo simile: è il MMG a richiedere il primo colloquio allo psicologo tramite una scheda d'accesso dell'utente inviata per email o manualmente. Pur non essendo espressamente

chiarificato nell'esperienza più recente, si deduce un accesso tramite invio del MMG anche per la Toscana. Nell'esperienza romana invece, l'accesso è libero e diretto, essendo lo psicologo all'interno dell'ambulatorio medico per uno turno a settimana. Anche l'esperienza trentina prevede un accesso libero e autonomo, con servizio di segreteria per chiedere informazioni o prendere appuntamento. Se da un lato la possibilità di un accesso libero alla persona che sente il bisogno di risolvere le proprie problematiche psicologiche è utile e gradito, l'invio da parte del medico ad un consulto psicologico (così come trovarsi uno psicologo nella stessa stanza del medico), dà la possibilità a una parte di persone che fa fatica a formulare una domanda d'aiuto (per difficoltà di riconoscimento del disagio, stigma o problematiche economiche o ecc.) di avvicinarsi allo psicologo.

Poca chiarezza risulta esserci per quanto riguarda il pagamento dell'utente per le prestazioni psicologiche che gli vengono fornite. Nell'esperienza di Solano è chiaro come essendo la "consulenza" psicologica inserita all'interno di lavoro congiunto con il medico di medicina generale, il servizio risulta gratuito (fino a cinque incontri). Tuttavia per come è pensato e progettato questo servizio, in un'ottica prevalentemente di prevenzione, non prevede psicoterapie brevi o interventi più strutturati ma solo colloqui di chiarificazione e ascolto. Lo psicologo, se necessario, indirizzerà il paziente ad uno specialista esterno. Altri tipi di programmi come quello Toscano, Piemontese ed Emiliano-Romagnolo prevedono invece una vasta gamma di interventi, strutturati sulla base di diversi livelli di difficoltà, i quali coinvolgono inoltre diverse figure a supporto oltre al medico e allo psicologo (case manager, infermiere, assistente sociale, psichiatra ecc.). In questi casi, questi tipi di interventi rientrerebbero nei LEA, ovvero quella serie di prestazioni che il SSN si impegna ad erogare con le risorse pubbliche a disposizione o con il contributo del cittadino attraverso il pagamento di una quota (ticket). Tuttavia, data la complessità e vastità di interventi inseriti nei vari livelli di cura dei rispettivi modelli, occorre una specifica per quali interventi siano gratuiti e quali prevedano il pagamento di un ticket.

Un'altra informazione non sempre esplicitata è la formazione. Gli psicologi partecipanti al progetto di Solano erano tirocinanti della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, quindi psicologi, laureati in procinto di iniziare una nuova specializzazione nell'ambito della salute. Negli ultimi anni, l'Università di Roma ha istituito un Master Biennale di II livello sullo *Psicologo di Base nell'assistenza sanitaria primaria*, sotto la direzione del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica. Per un corretto lavoro all'interno delle cure primarie è quindi necessaria una specializzazione post lauream che

formi i nuovi psicologi PCP sui temi specifici della salute e malattia, su come questi interagiscano con la psiche umana, e su conoscenze di base riguardo all'anatomia ed al funzionamento fisiologico dell'essere umano, riprendendo il modello di Derksen (2009) della formazione prevista per gli psicologi delle cure primarie nei Paesi Bassi. Altri tipi di esperienze come quella in Emilia-Romagna e quella Toscana prevedono dei corsi di formazione che preparino questi professionisti (MMG, psicologi gli altri professionisti previsti nei vari progetti) nel lavoro in collaborazione nel setting delle cure primarie, tuttavia non è stata indicata alcuna formazione specifica per gli psicologi. In alcune proposte di legge regionali (come in quella veneta, ma anche abruzzese e marchigiana), tra i requisiti per essere ammessi alle liste regionali per ricoprire il ruolo di "psicologo di base" occorre una laurea in psicologia e l'iscrizione all'Albo degli Psicologi. Secondo l'ultima proposta di legge a livello nazionale (2013) lo psicologo di base oltre ad una laurea in psicologia ed iscrizione all'Albo A deve possedere anche una specializzazione in psicoterapia.

In ultimo, le varie esperienze differiscono specialmente per la valutazione dell'efficacia. Infatti alcune iniziative hanno misurato l'efficacia economica: quella romana attraverso la riduzione della spesa farmaceutica confrontando i dati di due studi medici prima e dopo l'intervento, quella emiliano-romagnola attraverso la riduzione della spesa sanitaria dovuta a minori accessi "non urgenti" al pronto soccorso e minore richiesta di visite diagnostico-strumentali, quella piemontese attraverso la riduzione di visite al medico di famiglia, accessi al pronto soccorso, visite specialistiche ed assenze per malattia. La Toscana ed il trentino hanno utilizzato altri indicatori, rispettivamente indicatori del benessere dei pazienti dopo il trattamento (attraverso strumenti diagnostici come il PHQ-9 ed il GAD-7) e questionari che rilevano la soddisfazione per il servizio.

Manca, dunque, una procedura univoca di monitoraggio dei risultati, simile ad esempio a quella prevista nel programma IAPT inglese. Per poter effettuare in un futuro delle analisi statistiche più approfondite a riguardo ed ottenere una misura unica dell'efficacia di questi interventi (per poter essere realmente incisivi in un'eventuale proposta di PCP in Italia) può essere importante equiparare il tipo di valutazioni cercando di ottenere dei risultati il più possibile confrontabili.

La domanda rispetto a come possa inserirsi lo psicologo nelle cure primarie nel contesto italiano in maniera definitiva e adatta all'attuale situazione economica sanitaria rimane aperta. È ormai ovvio che non esistono modelli operativi applicabili tout court in ogni

realità sanitaria, ma occorrerà tener conto delle risorse disponibili (umane, economiche e di tempo). Per Solano essa deve inserirsi affianco del medico di base ed essere un riferimento per la popolazione, seguirla e diventare uno psicologo di “famiglia”; per altre regioni, quali il piemonte e la toscana in particolare, si prevede l’inserimento in un contesto gruppale più che diadico, all’interno del quale possa avvenire un maggior confronto tra varie figura professionali. Per Liuzzi (2016) i servizi di psicologia delle cure primarie, per poter essere inserite in un sistema sanitario come il nostro, dovranno prevedere forme di convenzione fra pubblico e privato interagendo coerentemente sulla base della loro funzione. Unterrichter (2015), d’altro canto, propone un’iniziativa che si distanzia dall’idea di psicologo di base che sta avendo modo di diffondersi al giorno d’oggi. Con l’idea di eliminare lo stigma ancora fortemente associato al modo della psicologia e alla figura dello psicologo, decide di allontanare lo psicologo dal mondo della sanità. Lo colloca in uffici, come un normale professionista che svolge un lavoro di consulenza, che in questo caso è rivolta all’individuo ed al suo benessere. A sua volta, a Milano lo psicologo è stato posto nelle farmacie, e così via.

Molte questioni, dunque, rimangono aperte. I dati relativi a queste sperimentazioni, però, sicuramente mostrano che l’inserimento di questa figura nel Sistema Sanitario Nazionale sarebbe importante per i pazienti, che avrebbero la possibilità di ricevere un aiuto psicologico, vicino e accessibile; per i medici di famiglia, che ridurrebbero i tempi delle visite; per Il SSN in sé, per evitare sprechi e risorse, per risparmiare sui costi generali della salute e per promuovere salute e benessere, al fine sia di ridurre i costi indotti dal malessere (come ad esempio le assenze per malattia) sia di realizzare quello stato di benessere fisico e psichico auspicato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità.

Questi dati, lungi dall’essere presentati come definitivi, sono proposti come resoconto e riflessione sulla figura dello psicologo nelle cure primarie, chiedendomi potrebbe essere una delle possibili soluzioni per intercettare una domanda psicologica nella popolazione che troppo spesso non risulta accolta.

I capitoli seguenti, che rappresentano la parte empirica del mio lavoro di tesi, sono nati nel tentativo di gettare luce e provare a rispondere a questa complessa domanda.

Capitolo quarto: L'ATTEGGIAMENTO NEI CONFRONTI DELLA RICHIESTA DI AIUTO PSICOLOGICO: UNO STUDIO SUI FATTORI D'INFLUENZA.

“In me l'anima c'era della meretrice, della santa, della sanguinaria e dell'ipocrita.

*Molti diedero al mio modo di vivere un nome
e fui soltanto un'isterica”*

Alda Merini, La gazza ladra – Venti ritratti

“Ma per evocare emozioni sì semplici, la minima parola gli costava mille pene.

-Dottore, diceva, vorrei imparare ad esprimermi.-”

A. Camus, La Peste

4.1 Introduzione

Dall'analisi della letteratura, presentata nei capitoli precedenti, è emerso quanto le difficoltà psicologiche dei giovani adulti, siano spesso celate e ridotte al silenzio.

La sofferenza psicologica potrebbe essere accolta da figure professionali competenti; tuttavia ciò non accade sia perché il bisogno di un aiuto psicologico professionale spesso non viene reso esplicito, sia perché il Sistema Sanitario Nazionale non ha ancora trovato una soluzione per ovviare a tale problema, aspetto che sarà indagato successivamente, sia perché, infine, vi sono altri ostacoli che s'insinuano nelle fasi più precoci della richiesta d'aiuto. Prima di procedere alla descrizione dello studio empirico riportato nel presente capitolo sono necessarie alcune precisazioni teoriche approfondite nella sezione introduzione.

Il processo di ricerca di aiuto inizia partendo da due riconoscimenti importanti: la persona si rende conto di avere un certo tipo di sintomatologia e giunge alla conclusione di avere un problema. Prendere consapevolezza dell'esistenza di un problema, però, non è sufficiente, poiché è necessario che la persona sappia esprimere questa consapevolezza con parole comprensibili e in una modalità per cui se e stessa le altre persone possano sentirsi a loro agio. Per utilizzare questa strategia è necessario che la persona abbia

sviluppato una serie di abilità interpersonali: l'individuo che si trova in una situazione di difficoltà o sofferenza deve saper comunicare agli altri per ricevere consigli, informazioni o supporto generico.

Rickwood e colleghi (2005) oltre ad aver proposto un modello che descrive il processo di ricerca di aiuto, hanno anche avanzato una critica nei confronti della ricerca che si sono occupate di questa tematica. Secondo gli autori la maggior parte dei contributi teorici relativi alla ricerca di aiuto ha per lo più un carattere descrittivo ed osserva il fenomeno a partire da un punto di vista macro-analitico che considera prevalentemente aspetti sociali ed economici: dunque, sembrerebbe mancare un'analisi del fenomeno in termini individuali e psicologici (Rickwood et al., 2005).

Vogel e colleghi (2006b) descrivono la ricerca di aiuto come un processo che implica innanzitutto che la persona sappia riconoscere il distress psicologico e proceda secondo vari step cognitivi ed emotivi, che possono arrestarsi nel momento in cui l'individuo anziché valutare le informazioni, scade in pattern abituali di risposta, quali ad esempio le strategie che in famiglia sono state funzionali a rispondere al disagio. Nella prima fase l'individuo innanzitutto seleziona ed interpreta i segnali che provengono dall'interno e dall'esterno. In questa fase del processo della ricerca di aiuto, gli errori potrebbero dipendere da una difficoltà nel riconoscimento dei sintomi e quindi da una mancata attribuzione dei segnali ad un possibile disagio psicologico. Ad esempio una persona potrebbe rendersi conto di non voler uscire dal letto oppure potrebbe sentire di non provare alcun tipo di piacere nelle attività che svolgeva quotidianamente e di non essere più entusiasta per i propri interessi. Tuttavia la persona, invece di attribuire i segnali precedentemente elencati ad aspetti di tipo depressivo, ad esempio, potrebbe attribuirli ad una brutta dormita e in questo modo sottostimarne il peso (Vogel et al., 2006b). O ancora, persone che sviluppano una particolare preoccupazione per la propria salute fisica, potrebbero scambiare un attacco di panico per un attacco di cuore e di conseguenza rivolgersi maggiormente ad un medico piuttosto che ai servizi per la salute mentale (Vogel et al., 2006b). Altrettanto importanti sono le reazioni delle persone che lo circondano: le persone, in base alle strategie di coping ed emotive sviluppate nello sviluppo, possono rispondere in modo automatico alla difficoltà (Vogel et al., 2006b), utilizzando le modalità che sono risultate particolarmente funzionali nel proprio sistema di riferimento. Le interpretazioni del primo step fungono da base per scegliere il comportamento successivo. Oltre ad esserci un adeguato riconoscimento è necessario che i sintomi vengano percepiti

come abbastanza severi da dover prendere un provvedimento (Vogel et al., 2006b). Infine è altrettanto importante che senta il bisogno di affidarsi a dei professionisti qualora non voglia fare affidamento esclusivamente solo sulle proprie risorse.

Dopo aver selezionato un'opzione di comportamento l'individuo comincia ad intraprendere delle azioni per attivare il comportamento selezionato. Questa fase prevede una valutazione dei costi e dei benefici che potrebbe essere influenzata da diversi fattori: in questa fase rientrano secondo gli autori lo stigma associato alla richiesta di aiuto psicologico; la mancanza di informazioni; le sensazioni di efficacia personale, l'ansia che accompagna l'atto di aprirsi a un estraneo e le esperienze precedenti (Vogel et al., 2006b). Inoltre secondo alcuni autori il fatto che i servizi siano disponibili o accessibili non rappresenta un ostacolo tanto rilevante quanto l'accettabilità stessa della terapia (Mackenzie et al., 2010; Steele et al., 2007).

Nella quarta fase del processo di ricerca di aiuto gli individui valutano le conseguenze dell'azione intrapresa e le considerazioni che emergono orienteranno le scelte successive. La scelta di rivolgersi ad un professionista della salute mentale è spesso l'ultima opzione dopo aver cercato aiuto altrove. Nel frattempo le conseguenze della sintomatologia potrebbero essere peggiorate (Vogel et al., 2006b). Una volta iniziata la terapia l'individuo potrebbe continuare ad avere diverse paure oppure potrebbe rimanere incerto sulla sua effettiva utilità. Secondo gli autori questa fase preliminare è importante che il clinico conosca le aspettative del paziente rispetto al trattamento, i risultati delle decisioni prese prima che intraprendesse la terapia e che cosa in passato non ha funzionato rispetto ai suoi obiettivi (Vogel et al., 2006b).

Le principali barriere emerse nei giovani adulti, come si è visto nel primo capitolo, hanno meno a che fare con fattori strutturali quali i costi della terapia e sono maggiormente correlate con aspetti attitudinali quali la paura dello stigma e variabili legate alla competenza emotiva e al *discomfort* legato alla rivelazione di aspetti personali e intimi, preferendo una risoluzione autonoma dei problemi (Gulliver, 2010), che Rickwood (2005) riconduce al concetto di competenza emotiva, ovvero "l'abilità nell'identificare e descrivere le emozioni, l'abilità nel comprendere le emozioni, e l'abilità nel saper gestire le emozioni in una modalità non difensiva" (Ciarocchi et al., 2002).

Nonostante lo stigma sia un fattore di ostacolo molto studiato in letteratura, lo stesso non può essere detto per quanto riguarda questo secondo costrutto. Lo stigma, infatti, è l'aspetto più indagato e soprattutto più saliente rispetto alla ricerca di aiuto psicologico,

anche nei giovani adulti: rappresenta, infatti, secondo diversi autori, la barriera più significativa (Sibicky & Dovidio, 1986; Stefl & Prosperi, 1985; Vogel et al., 2007, 2005; Barney et al., 2006; Bathje & Pryor, 2011; Choi & Miller, 2014; Deane & Todd, 1996; Komiya et al., 2000). Ancora meno studiata è, inoltre, l'influenza reciproca di questi due ostacoli nell'attitudine a ricercare un aiuto professionale. Si tratta però di due aspetti centrali, su cui ritengo importante fare luce, in quanto come abbiamo visto, entrambi giocano un ruolo sulle primissime fasi del processo di ricerca d'aiuto, il cui mancato superamento causa la rottura stessa del processo. Le competenze emotive potrebbero intervenire in quei momenti iniziali del processo di ricerca di aiuto, ovvero nelle fasi in cui la persona, orientata verso il suo mondo interiore (Rickwood et al., 2005), ne interpreta i segnali, stimandone la gravità (Vogel et al., 2006b). Lo stigma, nel modello di Vogel e colleghi (2006b) interviene, in un momento successivo, ovvero nella fase in cui la persona, una volta selezionata l'opzione di comportamento, ne valuta i costi e i benefici in modo tale da intraprendere l'azione scelta.

Secondo Rickwood e colleghi (2005) rispetto alla ricerca di aiuto psicologico è importante considerare aspetti personali ed interpersonali, così come aspetti ascrivibili alla loro interazione. Seguendo questa indicazione, la ricerca che ora presenterò riguarda unitamente queste due variabili, le loro possibili interrelazioni e il loro impatto rispetto all'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico, all'interno di un campione di giovani adulti. La scelta di riferirsi a questa categoria di persone è motivata dal fatto che la maggior parte dei disturbi compaiono per la prima volta proprio in questa fase (OMS, 2008; Kessler et al., 2005); paradossalmente, studi epidemiologici riportano che il minor contatto con i servizi si osserva tra i 18 e i 25 anni (European Study of Epidemiology of Mental Disorders; ESEMED, 2001-2003) ed inoltre gli atteggiamenti nei confronti della richiesta di aiuto psicologico sono più negativi tra i 15 e i 25 anni (Mackenzie et al., 2014).

Per le motivazioni qui esposte e approfondite nei primi capitoli ho scelto di sviscerare il problema della richiesta d'aiuto considerando i giovani adulti, e prendendo in esame nello studio empirico presentato in questo capitolo la variabile atteggiamento nei confronti dell'aiuto psicologico, che è correlata alla concreta richiesta di consultazione, che ha diverse componenti: il riconoscimento del bisogno di un aiuto psicologico, la tolleranza allo stigma, l'apertura interpersonale e la fiducia negli operatori professionali (Fisher & Turner, 1972).

La ricerca pensata in questo capitolo vuole studiare questi primi tre fattori, mentre l'ultimo sarà oggetto del lavoro descritto nel capitolo successivo.

Vediamo quali sono le componenti dello stigma e quali le componenti della competenza emotiva.

4.1.1 Stigma pubblico, self-stigma e stigma degli altri significativi

Per stigma nei confronti della richiesta d'aiuto psicologico s'intende la paura che gli altri possano giudicare negativamente una persona nel caso in cui scelga di chiedere aiuto per un problema di natura psicologica/relazionale (Deane & Chamberlain, 1994).

Nella relazione tra stigma e atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico Corrigan e Watson (2002) hanno evidenziato l'importanza di due tipologie di stigma: il *public stigma* e il *self stigma*. Lo stigma pubblico comporta una reazione generica e negativa della società e si costruisce a partire dalla percezione che la persona che chiede aiuto sia indesiderabile e che l'azione stessa di chiedere aiuto sia socialmente inaccettabile (Topkaya, 2014). Il *self stigma* è presente nel momento in cui la persona condivide stereotipi negativi associati alla malattia mentale e li riferisce a se stessa, si auto-etichetta e avvalsa l'idea che sia inaccettabile richiedere aiuto per un problema psicologico.

Inoltre Corrigan (2004) definisce il *self stigma* come la reazione dei membri del gruppo stigmatizzato nei confronti di loro stessi, nel caso in cui abbiamo interiorizzato il *public stigma*. La stigmatizzazione, quindi, affligge la sfera più intima della persona ovvero quella che riguarda la relazione con se stessi. Diversi studi condotti con persone afflitte da disturbi psicologici e le loro famiglie segnalano quanto il *self stigma* possa rappresentare un pericolo piuttosto significativo (Whal, 1999; Whal & Harman, 1989). Le conseguenze di un'intima adesione agli stereotipi propugnati dalla società sono principalmente due: la riduzione dell'autostima e quindi del valore attribuito a se stessi; la diminuzione del proprio senso di efficacia ovvero l'aspettativa della persona di portare a termine con successo una determinata azione o comportamento (Corrigan & Watson, 2002b). Il sentirsi demoralizzati, ritenere di avere uno scarso valore come persona e di non poter riuscire con successo in un determinato ambito di vita si associano ad una maggiore probabilità che la persona possa andare incontro ad un fallimento. Inoltre lo stigma interiorizzato comporta una diminuzione del proprio valore e della propria autostima oltre che essere strettamente correlato a vergogna, imbarazzo, paura ed alienazione (Link et al., 2004; Topkaya, 2014).

Uno studio condotto da Owen e colleghi (2013) ha valutato le associazioni tra *self stigma*, alleanza terapeutica ed esito della terapia individuale in un campione di 91 soggetti in trattamento. Dai risultati innanzitutto è emerso che chi riporta livelli più elevati di *self stigma* presenta anche inferiori livelli di alleanza terapeutica e secondo gli autori questo dato potrebbe essere spiegato alla luce del fatto che il *self stigma* comporta un conflitto interno tra l'andare in terapia e l'idea che intraprenderla significhi ammettere di avere qualcosa di disfunzionale. Questo conflitto potrebbe tradursi nel fatto che la persona sia meno propositiva nel corso della terapia stabilendo livelli di alleanza terapeutica inferiori. Pertanto il *self stigma* e questa forma di pregiudizio e discriminazione verso di sé che derivano da esso, impattano in modo considerevole sulla qualità di vita della persona (Corrigan, 2002b). Una metanalisi condotta da Livingston e Boyd (2010) riporta tra i suoi risultati un'associazione consistente tra stigma personale e bassi livelli di speranza, *empowerment*, autostima, senso di efficacia personale, qualità della vita e supporto sociale. Inoltre in questo lavoro è emersa una correlazione positiva tra alti livelli di stigma interiorizzato e gravità della sintomatologia e negativa con all'aderenza al trattamento. All'aumentare della gravità della patologia, quindi, aumenta lo stigma interiorizzato, e diminuisce l'aderenza al trattamento.

Nello studio di Eseinberg e colleghi (2007) un quinto del campione, composto da studenti, ha riportato di essere preoccupato circa quello che le altre persone avrebbero pensato, nel caso in cui avessero chiesto aiuto. Sono interessanti i risultati conseguiti da uno studio (Pedersen & Paves, 2014) condotto sempre con un campione di studenti, da cui si è evidenziato l'esistenza di una discrepanza tra l'effettiva percezione stigmatizzante registrata e lo stigma che si percepisce nelle valutazioni degli altri: quest'ultimo sembra essere più elevato, suggerendo che le percezioni circa l'essere stigmatizzati dagli altri, potrebbero essere inaccurate. Infine, uno studio condotto da Jennings e colleghi (2015) con un campione di studenti, ha individuato un modello che pone in relazione lo stigma percepito negli altri, il *self stigma*, la *self-reliance* ossia la tendenza ad occuparsi autonomamente del problema: è emerso che coloro che ritengono che gli altri li giudicherebbero negativamente, sono inclini ad interiorizzare lo stigma e a riferirlo a sé, e conseguentemente sono più propensi a gestire le proprie difficoltà in modo autonomo anziché a chiedere aiuto.

Molte persone con una patologia psichiatrica, però, potrebbero essere consapevoli dell'esistenza di stereotipi negativi nei loro confronti senza aderire ad essi o considerarli

legittimi (Corrigan & Watson, 2002b). Coloro che accettano e aderiscono agli stereotipi dominanti rivolgono verso se stessi una forma di pregiudizio che si esemplifica nella seguente frase: “È giusto; sono debole e incapace di badare a me stesso!” (Rüsch et al., 2005). Il pregiudizio comporta delle reazioni emotive negative che impattano sull'autostima e il senso di efficacia personale e potrebbe condurre ad una reazione comportamentale e quindi alla discriminazione verso se stessi: ad esempio, la persona potrebbe fallire in diversi ambiti di vita dalla ricerca di un lavoro alla possibilità di raggiungere una propria indipendenza (Rüsch et al., 2005)

Pertanto la consapevolezza dell'esistenza e del contenuto di stereotipi negativi, non coincide con la loro interiorizzazione, tanto che in alternativa al *self stigma*, la persona, potrebbe esibire delle reazioni di *empowerment* caratterizzate da un aumento dell'autostima e del proprio senso di efficacia personale (Corrigan & Watson, 2002b). Secondo Rüsch e colleghi (2005) l'*empowerment* e lo stigma personale si ricollegano al concetto di *disclosure*, inteso come apertura verso gli altri. Rivelare agli altri la propria patologia potrebbe portare a benefici nei termini di un aumento dell'autostima ed una riduzione dello stress psicologico provocata dal tentativo di mantenere segreta la propria condizione. Il grado di apertura agli altri varia a seconda del contesto e seconda del fatto che la persona ritenga che la patologia sia una parte importante della sua identità. Inoltre bisogna considerare quanto la persona sia effettivamente consapevole della sua patologia.

La doppia polarità *empowerment/self-stigma* viene descritta da Corrigan & Watson (2002b) utilizzando il termine “paradosso”: da un lato persone che aderiscono agli stereotipi e ad aspettative negative, e dall'altro persone che nonostante stigmatizzazione e disabilità psichiatrica reagiscono ad essa oppure non sembrano esserne toccati in modo rilevante (Rusch et al., 2005).

Ancora, da uno studio condotto da Vogel e colleghi (2006a) emerge che entrambe le tipologie di stigma, *self stigma* e *public stigma* correlano negativamente con l'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico e in un secondo studio risalente al 2007, emerge il ruolo più pregnante del *self stigma*. In particolare lo stigma pubblico risulta essere correlato positivamente con il *self stigma* che a sua volta correla negativamente con l'atteggiamento alla richiesta di aiuto (Vogele et al., 2007b). Anche uno studio più recente, condotto da Bathje & Pryor (2011) riporta che il *self stigma* è il principale mediatore nella relazione tra *public stigma* e atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico. La società, quindi, sembra stigmatizzare l'atto di chiedere

aiuto in se stesso e molte persone riferiscono di evitare l'utilizzo dei servizi psicologici per il timore di essere stigmatizzati da parte della popolazione generale (Vogel et al., 2009).

Un'ulteriore dimensione intima e privata minacciata dallo stigma riguarda però il rapporto con i familiari. Alcune ricerche hanno evidenziato come spesso i familiari non supporterebbero un proprio parente nella sua intenzione di chiedere un aiuto professionale temendo che questo possa avere delle ripercussioni negative sull'intero sistema familiare (Lee et al., 2005). In linea con questo risultato alcune persone hanno dichiarato di avvertire una svalutazione del proprio senso di autostima in seguito alla decisione di un membro della famiglia di ricorrere ai servizi di salute mentale (Lefley, 1992; Wahl & Harman, 1989). Inoltre anche credenze negative condivise all'interno del gruppo dei pari o degli amici possono ostacolare il processo di richiesta di aiuto. In una ricerca condotta da King e collaboratori (1973) il 67% del campione ha dichiarato che avrebbe provato imbarazzo nel caso in cui un familiare o un amico fosse venuto a conoscenza della loro scelta di rivolgersi ad un professionista della salute mentale.

Uno studio di Rickwood & Braithwaite (1994) ha messo in evidenza l'importanza degli standard di comportamento e delle attitudini trasmesse dalla famiglia e dalla cerchia relazionale più intima rimarcando il fatto che l'accettazione e l'incoraggiamento da parte di questi ultimi rappresenta un presupposto necessario che non deve essere sottovalutato. Vogel e collaboratori (2005) hanno riportato che tendenzialmente le persone manifestano una maggiore attitudine nei confronti delle terapie psicologiche quando sono convinte che questo gesto possa ottenere l'approvazione delle persone per loro importanti. In precedenza già Cameron e collaboratori (1993) hanno rilevato che il 38% delle persone che alla fine decidono di intraprendere un percorso terapeutico si sia prima rivolto ad un'altra persona per un consiglio su come affrontare la situazione e che il 50% di coloro che hanno chiesto aiuto ad un terapeuta siano stati inviati da una persona a loro cara.

Rüsch e colleghi (2005) riportano uno studio epidemiologico condotto da Leaf, Bruce e Tischeler (1986) da cui emerge che dei potenziali fruitori di trattamenti e servizi sono meno propensi ad utilizzarli se si aspettano delle reazioni negative da parte dei propri congiunti. Corrigan (2004) ha ipotizzato quindi che vi sia un'influenza non solo del *self stigma* e del *public stigma* nella disposizione delle persone a cercare un aiuto psicologico professionale, ma anche dell'opinione della rete di riferimento, in quanto la vergogna dei propri cari potrebbe inibire la richiesta di aiuto.

Non solo, quindi, sembra giocare un ruolo in questo processo lo stigma da parte della società, ma anche lo stigma associato alle reazioni di chi appartiene all'ambiente di vita più vicino alla persona. La distinzione tra questi due tipi di stigmatizzazione (pubblica vs rete sociale di riferimento) è importante: un individuo potrebbe sentirsi discriminato e stigmatizzato dalla società, ma, allo stesso tempo, supportato da coloro che fanno parte della sua rete sociale ed è plausibile che le opinioni di queste persone siano effettivamente più importanti (Vogel et al., 2009). Le persone possono essere più propense a richiedere aiuto se percepiscono supporto dalla propria rete sociale, anche se riconoscono la stigmatizzazione da parte della società. A sua volta, una maggiore stigmatizzazione da parte della propria rete sociale può avere un effetto additivo rispetto allo stigma pubblico (Vogel et al., 2009). Inoltre Cameron e colleghi (1993) hanno riscontrato che il 92% delle persone che chiedono un aiuto psicologico professionale, in una fase preliminare di tale richiesta, ha parlato delle proprie difficoltà almeno con una persona. A partire da questo dato Vogel e colleghi (2009) ipotizzano che lo stigma che potrebbe trapelare dalle reazioni della persona a cui ci si rivolge preliminarmente potrebbe avere un effetto sulla reale richiesta da avanzare ad un professionista, nonché sulla disponibilità dell'individuo ad aprirsi: questo tipo di stigma è chiamato “*stigma by others*” o “*stigma degli altri significativi*”. L'opinione di amici e familiari, infatti, sembra giocare un ruolo chiave nella decisione di richiedere aiuto psicologico (Angermeyer et al., 2001; Vogel et al., 2007). Nel corso di questo lavoro, per agevolare la lettura, lo stigma associato alle reazioni di altri significativi verrà indicato con il nome “stigma degli altri significativi” (Vogel et al., 2009; Ludwikowski et al., 2009).

Dalle ricerche emerge che anche la relazione tra questa tipologia di stigma e l'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto sembra essere mediata da altri fattori tra cui il *self stigma* (Reynders et al., 2014).

I risultati di uno studio condotto per valutare l'impatto di due culture differenti (asiatica e occidentale) sullo stigma nei confronti della richiesta di aiuto supportano le ipotesi secondo cui lo stigma pubblico e lo stigma degli altri significativi si associno positivamente al *self stigma* che a sua volta si associa negativamente all'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico (Choi & Miller, 2014).

Nella categoria dei giovani adulti, target della ricerca, ho ipotizzato un ruolo preponderante dello stigma degli altri significativi più che dello stigma pubblico, proprio per la nutrita mole di letteratura che indica come il gruppo dei pari e la famiglia siano le

principali fonti di sostegno per questa fascia d'età (Offer et al., 1991; Boldero & Fallon, 1995; Gulliver et al., 2010; Rickwood et al., 2005; Rickwood et al., 2007).

4.1.2 La competenza emotiva

Dall'analisi della letteratura è emerso il ruolo rilevante, ma ancora poco considerato, della competenza emotiva tra i fattori d'influenza nella richiesta d'aiuto psicologico nei giovani adulti (Ciarocchi & Deane, 2001; Ciarocchi et al., 2003), dove per tale competenza si intende “*un insieme di abilità che permettono di identificare, comprendere e gestire le emozioni senza ricorrere a delle strategie difensive*” (Ciarocchi et al., 2003). In base a questa definizione, la competenza emotiva potrebbe includere aspetti legati all'espressività emotiva, tanto quanto aspetti riferibili alle capacità nel saper riconoscere, nominare e comprendere le emozioni, esprimibili nel concetto di alessitimia. La maggior parte degli studi, realizzati fino ad ora, ha utilizzato prevalentemente strumenti che misurano i livelli di alessitimia con la finalità di capire come la maggiore o minore capacità di regolarle simbolicamente le emozioni, attraverso immagini e pensieri, influisca sulla ricerca di aiuto; in alternativa, sono stati utilizzati strumenti che misurano in modo generico l'apertura o l'espressione emotiva.

Lo studio che descriverò in seguito, si propone di compiere dei passi ulteriori sondando oltre a questi aspetti, anche il ruolo di specifiche strategie di regolazione dell'espressione emotiva. Pertanto in linea con questo proposito, lo studio che andrò a descrivere, si è avvalso di strumenti che misurano aspetti specifici della competenza emotiva: per valutare il ruolo di quelle capacità che permettono di identificare e comprendere le emozioni è stato utilizzato un questionario che misura i livelli di alessitimia, costruito che riguarda la difficoltà nel saper utilizzare diversi strumenti psicologici per rappresentare gli affetti; per sondare l'effetto della capacità di gestire e regolare le emozioni è stato utilizzato uno strumento che misura specifiche strategie di regolazione dell'espressione emotiva, ovvero *reappraisal* e *suppression*.

A livello teorico, trasversale ai concetti di regolazione emotiva e alessitimia vi è quello di attaccamento, che non poteva quindi essere tralasciato in questo elaborato. Nei successivi paragrafi viene approfondito il legame tra questi tre costrutti, che ho ipotizzato alla base del più generale concetto di competenza emotiva.

È necessaria, però, innanzitutto una specificazione teorica. Da un lato le emozioni sono considerate un prodotto culturale, in quanto la nostra stessa società ci vincola nell'adozione di determinati comportamenti e nell'espressione di specifiche emozioni, in quanto, come scrive Cerulo (2013, pag. 22) *“le emozioni sono identificate, modellate ed espresse in accordo con le definizioni sociali e le aspettative create e costruite dai gruppi sociali ai quali si appartiene. Si impara a gestire emozioni differenti e si sviluppa la capacità di modellare e controllare le sensazioni corporee e le esperienze emotive. Tramite le nostre interazioni all'interno dei gruppi sociali in cui veniamo a trovarci, impariamo un insieme di aspettative riguardo a quali emozioni è appropriato sentire in determinate situazioni e come dovremmo esprimerle o manifestarle. La somma totale di queste aspettative per qualsiasi data società costituisce quella che i sociologi delle emozioni statunitensi chiamano cultura emozionale”*.

Vi è quindi un macrocontesto o macrosistema per dirla alla Bronfenbrenner, quello culturale, che impone delle prescrizioni emotive al fine di conservare un senso di appartenenza e evitare il rischio di essere etichettati come devianti.

Per esempio, riprendendo il tema della richiesta d'aiuto, alcuni autori sottolineano il ruolo della paura nell'esprimere la propria emotività (Greenson, 1987) come aspetto centrale nel determinare le resistenze che possono emergere nel corso di un trattamento psicoanalitico, mentre altri studi, riportano la tendenza dei pazienti a mantenere dei segreti nel corso della terapia (Hill et al., 1993; Kelly, 1998). Questo tentativo di reprimere emozioni intense è un aspetto valorizzato nelle culture simili alla nostra, come quella nord americana (Bronstein, 1984; Eisenberg-Berg & Mussen, 1978; Henley, 1977). L'esperienza di emozioni particolarmente forti, diventa ancor più problematica in alcune culture, come quella asiatica, che si costruiscono attorno a dei valori che incoraggiano il controllo delle emozioni e scoraggiano l'espressione dell'emotività, poiché essa viene considerata fortemente indesiderabile (Kim & Omizo, 2003; Narikiyo & Kameoka, 1992; Sue, 1994; Zander 1983).

Dall'altro lato le istanze valorizzate all'interno di una determinata cultura vengono trasmesse all'interno del proprio ambiente di vita primario, ovvero la famiglia. Diverse ricerche hanno dimostrato l'esistenza di una sorta di processo di “trasmissione”, tale per cui gli atteggiamenti delle famiglie in relazione all'esperienza e all'espressione dell'emotività, influenzano gli atteggiamenti dei figli nei confronti delle loro stesse emozioni (Balswick & Avertt, 1977; Bronstein et al., 1993; Cassidy et al., 1992; Denham

& Grout, 1993). Secondo Bronstein (1984) ai bambini può venir chiesto di inibire non solo l'espressione delle emozioni, ma in primo luogo, l'esperienza interiore delle medesime. I bambini potrebbero imparare ad inibire la loro emotività, considerandola di per sé pericolosa o "cattiva" poiché interiorizzano le ingiunzioni dei genitori che chiedono ai figli di reprimere le loro emozioni. Quando i figli, ormai cresciuti, si trovano nella circostanza di dover chiedere una consulenza, potrebbero aver il timore di provare tutte quelle emozioni proibite loro in tenera età (Komiya, Good e Sherrod, 2000). In accordo con Berger & Luckmann (1969) l'individuo, infatti, non nasce membro della società: egli nasce con una predisposizione alla socialità, e diventa un membro della società, diverso in base ai processi avvenuti nella socializzazione; il bambino, infatti, assume i ruoli e gli atteggiamenti delle persone per lui importanti, cioè li interiorizza e li fa propri e grazie a questa identificazione con gli altri significativi acquista gradualmente un'identità soggettivamente coerente e plausibile, per cui piano piano vi è una progressiva astrazione di ruoli degli altri in particolare agli altri in generale.

Vi sono quindi anche delle modalità peculiari di ogni microsistema, la famiglia, il contesto in cui il bambino nasce e si sviluppa, che pur essendo in continua relazione con il contesto sociale può proporre delle specifiche modalità di gestione dello stress. Vi possono essere ad esempio delle famiglie, in cui invece è ben vista un'emotività più accentuata. Il bambino sviluppa quindi alcune strategie di regolazione emotiva e non altre in base al contesto familiare in cui è cresciuto, al fine di allinearle alle attese dei propri caregiver.

L'io quindi è potenziale (Simmel): a seconda dei contesti si sviluppano forme diverse: i fattori sociali influenzano ciò che le persone pensano e fanno di quello che sentono: esistono regole di espressione emozionale-sentimentale che caratterizzano la società e le interazioni tra gli individui, regole che, interiorizzate dai soggetti attraverso la socializzazione primaria e secondaria, vengono rispettate o violate (Hochschild, 1979). I fattori sociali quindi influenzano direttamente gli stati emotivi e la loro manifestazione, costringendo il sé a una gestione necessaria dei propri stati emozionali: il soggetto è costretto a lavorare sulle proprie emozioni per allinearle all'atteggiamento indicato dal contesto relazionale in cui agisce, in primis quello familiare. In questa specifica ricerca viene considerato proprio questo versante, considerando come alla luce delle esperienze con i caregiver primari (socializzazione primaria), gli individui sembrano sviluppare strategie più o meno funzionali di regolazione emozionale (Bretherton & Munholland, 1999; Feeney & Noller, 1996; Mikulincer et al., 2003), che influenzano le risposte

cognitive, affettive e comportamentali di gestione del disagio (Belsky, 2002; Bowlby, 1973). S'ipotizza quindi che il fatto di aver appreso nella fase di socializzazione primaria una particolare modalità di gestione emozionale possa avere un'influenza nella successiva gestione del disagio psicologico e si vuole esplorare se questo abbia un'effetto anche nell'interiorizzazione dello stigma.

4.1.3 Attaccamento e ricerca di aiuto psicologico

La teoria dell'attaccamento rappresenta una delle prospettive più studiate e validate in ambito di ricerca, in grado di fornire un quadro complesso ed elaborato per la comprensione dello sviluppo della personalità e delle relazioni interpersonali (Cassidy, 1994; Mikulincer et al., 2003; Mikulincer & Shaver, 2007). Bowlby, ispirandosi a studi evoluzionistici ed etologici, ha costruito la sua teoria ipotizzando che alla base della vita umana, analogamente ad altre specie animali, vi sia una predisposizione biologica e filogeneticamente trasmessa ad agire secondo sistemi di comportamento funzionali alla sopravvivenza dell'individuo e della specie (Bowlby, 1969): in particolare, l'attaccamento si configura come un sistema comportamentale con il fine di assicurare la prossimità del bambino a chi si prende cura di lui (caregiver), garantendogli in tal modo l'integrità fisica e psichica (Bowlby, 1969). Bowlby ha attribuito all'attaccamento una motivazione primaria, indipendente dal soddisfacimento di altri bisogni, che deriva dalla tendenza innata nell'uomo all'interazione sociale e allo sviluppo di solidi legami affettivi. Il bambino, quindi, è considerato originariamente sociale: fin dai primi giorni di vita i suoi comportamenti spontanei possiedono un significato sociale.

Il sistema di attaccamento si attiva ogni volta in cui il bambino percepisce un distress o avverte un segnale di potenziale pericolo: il risultato è l'immediata messa in atto di comportamenti di attaccamento nel tentativo di ottenere la vicinanza del caregiver (es. pianto, ricerca del contatto fisico etc.; Bowlby, 1969; Mikulincer et al., 2003). Se il caregiver adotta un comportamento complementare al bambino, dimostrandosi ripetutamente accessibile e responsivo ai suoi richiami, s'instaura un legame positivo di attaccamento che rende possibile l'attivazione di sistemi comportamentali antitetici, come il comportamento esplorativo, attraverso il quale il bambino conosce l'ambiente sperimentando gradualmente la propria autonomia e continuando a rivolgersi all'adulto nelle situazioni di allarme e bisogno (Bowlby, 1969; Cassidy, 1994; Mikulincer et al.,

2003). Una figura di attaccamento adeguata è capace di fornire al bambino un rifugio sicuro, un'adeguata stimolazione e modulazione emotiva e la possibilità di esplorare attivamente l'ambiente: tutto ciò garantisce una sana crescita. Ovvero, se il legame di attaccamento è funzionale, tra il bambino e il suo caregiver si costituisce una relazione selettiva di dipendenza che fa da completamento all'autonomia e porta alla strutturazione di un senso di sé coerente, articolato e positivo (Bowlby, 1969). Ciò è dovuto allo sviluppo nella mente del bambino, in virtù delle reiterate esperienze di interazione e separazione, di pattern rappresentazionali relativamente fissi (rappresentazioni di interazioni generalizzate), che veicolano la percezione e l'interpretazione degli eventi consentendogli di prevedere il mondo e di mettersi in relazione con esso. Gli schemi relazionali di attaccamento vengono interiorizzati in strutture cognitive relative al sé e all'altro, i "modelli operativi interni", che hanno una funzione di filtro nell'elaborazione delle informazioni che provengono dall'ambiente e che, di conseguenza, organizzano le emozioni e guidano il comportamento (Bartholomew & Horowitz, 1991; Cassidy, 1994; Lang, 2010).

Figure di attaccamento responsive, presenti e protettive originano nel bambino una rappresentazione positiva sia di sé come meritevole di amore e di attenzioni, sia dell'altro come capace di darne e pertanto degno di fiducia, tipica dell'attaccamento sicuro. Tuttavia, non sempre i caregiver sono in grado di soddisfare i bisogni di attaccamento del bambino: in questi casi egli è costretto ad organizzarsi diversamente, attingendo a strategie comportamentali disfunzionali che lo portano a esperire malessere e a formare rappresentazioni cognitive negative (Diamond, 2001; Mikulincer et al., 2003), tipiche dell'attaccamento insicuro.

La teorizzazione di Bowlby è stata arricchita dagli studi condotti da Mary Ainsworth attraverso il metodo della Strange Situation, una procedura osservativa standardizzata che può essere somministrata ai bambini di età compresa tra i 12 e i 24 mesi. Tale procedura mette il piccolo in una condizione di stress moderato ma crescente che lo spinge a manifestare i propri comportamenti di attaccamento nei confronti dell'adulto di riferimento (Ainsworth et al., 1978; Ainsworth & Witting, 1969, citato in Simonelli e Calvo, 2002). L'osservazione delle esperienze ripetute di separazione e ricongiungimento tra il caregiver primario e il bambino, ha portato alla distinzione di tre specifiche categorie di attaccamento: sicuro, insicuro- ambivalente e insicuro-evitante (per una trattazione completa si veda Ainsworth et al., 1978), che è stata completata successivamente da una

quarta categoria, denominato insicuro-disorganizzato, che si sviluppa in presenza di genitori che attuano comportamenti spaventosi o che si mostrano a loro volta terrorizzati in presenza dei propri figli (Main & Solomon, 1990).

La teoria afferma che le relazioni di attaccamento sviluppate in infanzia continuano a ricoprire un'importanza centrale per tutto il corso della vita di una persona (Ainsworth, 1982, 1989; Bowlby, 1977; Goldberg, 1992) e che i modelli operativi interni formati possono influenzare l'adattamento emotivo e sociale.

Due principali filoni di studi si sono occupati di indagare il concetto di attaccamento in età adulta. Il primo è rappresentato dalle ricerche condotte da Mary Main che sono sfociate nella realizzazione dell'Adult Attachment Interview, ovvero uno strumento che, indagando le rappresentazioni che le persone adulte hanno di sé stesse e degli altri, consente di esplorare l'immagine che esse hanno delle proprie relazioni di attaccamento infantili (Main & Goldwyn, 1985; George et al., 1987). Questa tipologia di intervista semistrutturata permette di ricreare delle categorie di attaccamento che risultano parallele a quelle descritte attraverso la Strange Situation.

Il secondo sposta il focus dell'attenzione dalla relazione genitore-bambino a quella sentimentale con il proprio partner. Tale filone è rappresentato dalla concettualizzazione del costrutto di attaccamento romantico proposta da Hazan & Shaver (1987) che vede l'amore romantico sviluppato con un partner in età adulta come un processo di attaccamento. Questi autori hanno individuato una metodologia self-report che consente di classificare le persone in quattro categorie che corrispondono agli stili di attaccamento dell'infanzia: sicuro, insicuro-ambivalente, insicuro-evitante e insicuro-timoroso.

In seguito gli studi condotti sul tema hanno portato ad un superamento della concezione categoriale dell'attaccamento basata sugli stili individuati nell'infanzia (Ainsworth et al., 1978) e parallelamente trasposta nelle relazioni romantiche (Hazan & Shaver, 1987), mostrando come una concettualizzazione dimensionale sviluppata attorno a due assi principali, dipendenza ed evitamento, sia in grado di rappresentare in maniera migliore le sfumature del concetto di attaccamento (Bartholomew & Horowitz, 1991; Brennan et al., 1998). Le ricerche condotte da Bartholomew e collaboratori (Bartholomew & Horowitz, 1991), infatti, partendo dalla concettualizzazione dei modelli operativi interni (Bowlby, 1973) come immagini positive o negative del sé e degli altri che possono essere combinate fra loro, hanno portato alla descrizione dell'attaccamento adulto in 4 forme prototipiche (vedi *Figura 4.1*).

Figura 4.1: Modello dell'attaccamento adulto (Bartholomew & Horowitz, 1991)

		MODEL OF SELF (Dependence)	
		Positive (Low)	Negative (High)
MODEL OF OTHER (Avoidance)	Positive (Low)	CELL I SECURE Comfortable with intimacy and autonomy	CELL II PREOCCUPIED Preoccupied with relationships
	Negative (High)	CELL IV DISMISSING Dismissing of intimacy Counter-dependent	CELL III FEARFUL Fearful of intimacy Socially avoidant

Figure 1. Model of adult attachment.

La prima cella corrisponde alla categoria che gli altri studiosi (Main et al., 1985; Hazan & Shaver, 1987) hanno definito di attaccamento sicuro ed è caratterizzata dalla presenza di un modello positivo del sé, come persona di valore, apprezzabile e meritevole, e al contempo di un modello positivo degli altri che si riflette nell'aspettativa che essi si mostrino accoglienti, comprensivi e reattivi in caso di bisogno.

La seconda cella corrisponde alla categoria di attaccamento ambivalente di Hazan & Shaver (1987) e al pattern preoccupato individuato da Mary Main (Main et al., 1987) ed è caratterizzata dalla mancanza di amore e stima per sé stessi e al contempo da una percezione positiva degli altri. Le persone che si identificano in questa combinazione di caratteristiche lottano per accettarsi cercando di ottenere l'approvazione delle altre persone reputate maggiormente stimabili.

Le persone che vengono collocate all'interno della terza cella, che in parte corrisponde allo stile timoroso individuato da Hazan & Shaver (1987), presentano una percezione di sé come prive di valore e dignità che si accompagna all'aspettativa che gli altri si mostrino rifiutanti e maldisposti nei loro confronti. Il timore di essere respinti dall'altro fa sì che queste persone attivino un comportamento anticipatorio e protettivo di evitamento delle relazioni intime e profonde con gli altri.

Infine la quarta cella corrisponde a livello concettuale all'attitudine distaccata e respingente descritta da Main e collaboratori (1985) ed è caratterizzata dalla combinazione

di una percezione positiva del sé e una disposizione negativa nei confronti degli altri. Queste persone si proteggono da una possibile delusione evitando le relazioni intime e accentuando un forte senso di autonomia e invulnerabilità (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Questo modello permette di concettualizzare l'attaccamento sulla base della combinazione di due dimensioni principali che si sviluppano lungo un continuum ovvero: dipendenza e evitamento. Entrambe queste dimensioni possono variare in termini dicotomici alto-basso. Un basso livello di dipendenza indica un rispetto per se stessi e un livello di autostima elevato che non necessita una conferma da parte degli altri, mentre un alto livello di dipendenza si riscontra nelle persone che hanno bisogno di una continua approvazione da parte degli altri per mantenere una considerazione positiva di sé. La dimensione dell'evitamento della vicinanza e dell'intimità rappresenta la conseguenza di aspettative negative in merito agli altri e si configura come una strategia difensiva atta a eludere ogni contatto stretto con essi (Bartholomew & Horowitz, 1991).

In seguito le ricerche condotte da Brennan e collaboratori (Brennan et al., 1998), sfociate nella formulazione del questionario ECR (Experiences in Close Relationship Scale), e nella sua successiva rivisitazione, adottata in questo studio, hanno confermato la validità di questa concezione bidimensionale mostrando come la qualità dei legami di attaccamento in età adulta possa essere teorizzata e misurata sulla base di due dimensioni tra loro indipendenti: l'ansietà e l'evitamento.

La dimensione dell'ansietà indica il grado in cui una persona si preoccupa che il proprio partner non sia disponibile e responsivo nei momenti di bisogno, mentre la dimensione dell'evitamento indica la misura in cui una persona tende a diffidare del proprio partner sentimentale e ad impegnarsi per mantenere la propria autonomia e indipendenza enfatizzando il distacco emotivo dall'altro (Mikulincer & Shaver, 2012). Secondo questa prospettiva, quello che secondo una prospettiva categoriale viene formalmente definito come "stile sicuro", è contraddistinto da un basso livello sia nella dimensione dell'ansietà sia in quella dell'evitamento e si caratterizza per un'attitudine positiva nei confronti della vicinanza emotiva che permette alla persona di far affidamento sugli altri in caso di necessità e di ricorrere a strategie di coping funzionali per far fronte allo stress (Brennan et al., 1998).

Lo "stile ansioso" si presenta nel momento in cui solo la dimensione dell'ansietà risulta elevata ed è caratterizzato da un marcato bisogno di vicinanza con gli altri significativi, da

un atteggiamento preoccupato rispetto alle relazioni e dalla paura costante di subire un rifiuto da parte dell'altro.

Infine lo "stile evitante" definisce una regione in cui solo la dimensione dell'evitamento è elevata e si caratterizza per un'esasperazione dell'autonomia personale e per una tendenza a mantenere un distacco emozionale dalle altre persone (Mikulincer et al., 2003).

L'attaccamento, quindi, è concepito come un modello di aspettative, bisogni, strategie di regolazione delle emozioni e di comportamento sociale, prodotto dall'interazione tra il sistema comportamentale innato di attaccamento e la storia relazionale relativa alle esperienze precoci con le figure di accudimento.

Riprendendo le parole di Schore (2000) la teoria dell'attaccamento è fondamentalmente una teoria della regolazione emotiva. Quando il caregiver si mostra sensibile, adeguato e abile nell'incoraggiare un'ampia gamma di emozioni nel bambino, questi si sente libero di provarle ed esprimerle; pian piano grazie a un senso crescente di sicurezza impara inoltre a gestire efficacemente gli affetti negativi provocati dalle situazioni stressanti per proseguire nella esplorazione attiva dell'ambiente. Come ha sostenuto Lang (2010), infatti, la funzione protettiva dell'attaccamento non attiene unicamente alla sopravvivenza, ma anche allo sviluppo psichico e alla regolazione emotiva, intesa come l'insieme dei processi che determinano la modalità in cui le emozioni vengono percepite, sperimentate, gestite ed espresse. Ciò è dovuto al fatto che il sistema di attaccamento è correlato ai sistemi psicobiologici che regolano la percezione del pericolo, la reazione allo stress e il successivo ritorno a uno stato di tranquillità (Schore, 2000; Diamond, 2001; Maunder et al., 2006; Dalsant et al., 2015).

A questo proposito Mikulincer et al. (2003) completano il modello di Brennan proponendone uno che include tre modalità principali nel far fronte allo stress: 1) la ricerca della prossimità, 2) strategie primarie basate sulla sicurezza e 3) strategie secondarie di iperattivazione vs strategie di deattivazione. Tale modello parte dall'assunto sopra descritto secondo cui la ricerca della prossimità al caregiver si configura come strategia di regolazione affettiva innata e primaria (Bowlby, 1969, 1973). Quando il sistema di attaccamento si attiva, se il caregiver risulta accessibile il bambino mette in atto quelle che gli autori definiscono strategie di regolazione emotiva basate sulla sicurezza, allo scopo di alleviare il distress e rafforzare l'adattamento personale tramite meccanismi costruttivi, flessibili e in sintonia con la realtà. Ciò che accade è che, con il tempo, la figura di attaccamento capace di infondere sicurezza, interiorizzata come rappresentazione

positiva, si trasforma nelle qualità personali di forza e resilienza a cui far riferimento nelle situazioni difficili e all'idea dell'altro come figura d'aiuto, disponibile in caso di bisogno.

I bambini con con attaccamento sicuro diventano col tempo adulti che hanno imparato che riconoscere e mostrare le proprie emozioni negative o esplicitare avvenimenti vissuti come stressanti suscita una reazione positiva da parte degli altri. Questo insegnamento ha delle importanti conseguenze anche rispetto all'immagine di sé, degli altri e alla regolazione degli affetti. Per quanto riguarda il sé, l'esperienza e l'interiorizzazione di una base sicura, favorisce la fiducia in sé stessi come agenti del cambiamento e permette di avere le risorse necessarie per esplorare in autonomia i nuovi stimoli presenti nel mondo circostante, assumersi dei rischi e sviluppare la propria individualità, per quanto concerne gli altri, si accompagna ad una visione positiva di questi ultimi come potenziali figure a cui rivolgersi nel momento del bisogno. In merito alla regolazione degli affetti questa si caratterizza per il ricorso a modalità costruttive di coping quali il tentativo attivo di rimuovere la fonte di stress, di tenere sotto controllo la situazione problematica e di riaffermare l'equilibrio emozionale. L'apprendimento di queste capacità consente di bloccare l'attivazione di strategie di coping maladattive quali la ruminazione, il ritiro o il ricorso a meccanismi di difesa primitivi che distorcono le percezioni e creano conflitti interpersonali (Mikulincer & Shaver, 2003).

Il sentimento di insicurezza che deriva invece dalla constatazione dell'inaccessibilità della propria figura di attaccamento nel momento del bisogno porta a ripiegare su strategie secondarie come mezzo per far fronte a esperienze di angoscia (Mikulincer & Shaver, 2003): le strategie iperattivanti e deattivanti. Mentre le strategie basate sulla sicurezza dell'attaccamento hanno come obiettivo quello di alleviare lo stress percepito dalla persona accrescendone le risorse, le strategie secondarie mirano a gestire l'attivazione del sistema di attaccamento e la sofferenza derivata dal fallimento degli sforzi messi in atto per ricercare la vicinanza dell'altro (Mikulincer et al., 2003).

Le strategie cosiddette iperattivanti (Cassidy & Kobak, 1988), caratteristiche delle persone che ottengono alti punteggi nella dimensione dell'ansietà, seguono alla valutazione della ricerca di prossimità come opzione fattibile per superare un sentimento di eccessivo distress e consistono in un impegno costante e incessante per ottenere il supporto, l'amore e la vicinanza dell'altro non solo da un punto di vista fisico, ma anche figurato, mirando ad affermare la somiglianza e la fusione con esso (Mikulincer & Shaver, 2003). Tale sforzo attivo richiede un notevole dispendio energetico da parte della persona e implica

continui tentativi per stimolare il coinvolgimento, le attenzioni e le cure dell'altro, spesso ricorrendo a comportamenti controllanti e invadenti tesi a ridurre il più possibile le distanze (Shaver & Hazan, 1993). Il ricorso a tale strategia è sintomatico di una percezione deficitaria del sé come impotente e incapace di gestire autonomamente gli ostacoli della vita e rappresenta la conseguenza di una inadeguata capacità di regolazione degli affetti (Mikulincer & Florian, 1998).

Le ricerche condotte in merito al ricorso a queste strategie di gestione degli avvenimenti stressanti hanno mostrato, infatti, come vi facciano ricorso in particolare persone con alti livelli di ansietà dell'attaccamento, dimensione che porta a percepire in maniera esagerata i segnali di pericolo e a concentrarsi eccessivamente sulle possibili conseguenze negative da essi derivate (Shaver & Mikulincer, 2002; Bartholomew & Horowitz, 1991). Mikulincer & Orbach (1995) affermano che le persone ansiose mostrano un accesso più rapido ai ricordi negativi e dolorosi presenti nella memoria e sono in grado di generalizzare in maniera automatica le emozioni negative legate all'episodio evocato ad un altro avulso da esso. La visione catastrofica e pessimistica che ne deriva fa sì che si crei nella mente di queste persone un circolo vizioso di ruminazione che amplifica lo stress invece che diminuirlo (Mikulincer & Orbach, 1995). I segnali di allontanamento o indisponibilità da parte della figura di attaccamento vengono immediatamente vissuti come intensi segnali di pericolo e minaccia che attivano le strategie iperattivanti. Queste accrescono e favoriscono l'ansietà e il controllo, impedendo alla persona di dedicarsi ad attività che non implicino il mantenimento della vicinanza con l'altro. Il ricorso a tali strategie di fatto fa sì che il sistema di attaccamento rimanga cronicamente attivato e in allerta per rilevare eventuali pericoli, segnali di separazione o tradimento (Mikulincer et al., 2003).

Le strategie deattivanti (Cassidy & Kobak, 1988) al contrario derivano da una percezione della ricerca di vicinanza come una soluzione non applicabile e consistono nell'inibizione costante del sistema di attaccamento e della ricerca di sostegno e nell'exasperato tentativo di far fronte ai momenti di stress in maniera autonoma. La negazione dei bisogni di intimità e vicinanza è tesa ad evitare la frustrazione derivata dalla constatazione dell'indisponibilità del caregiver. Il ricorso a questa strategia comporta nel tempo conseguenze particolarmente serie per quanto riguarda lo sviluppo cognitivo e l'apertura emotiva quali: un'insensibilità nei confronti degli eventi negativi stressanti, la soppressione o minimizzazione automatica di qualsiasi pensiero o ricordo che possa

causare un sentimento di vulnerabilità e l'accentuazione della distanza emotiva e fisica dagli altri (Mikulincer & Shaver, 2002). Le strategie deattivanti sono utilizzate in prevalenza dalle persone che presentano elevati livelli di evitamento, ovvero da coloro che si sforzano di mostrare uno scarso coinvolgimento emotivo nelle relazioni interpersonali, che tendono a reprimere i ricordi e i pensieri carichi di dolore, che spesso non riescono a riconoscere le emozioni negative provate e proiettano gli aspetti negativi del sé sugli altri (Dozier & Kobak, 1992; Fraley & Shaver, 1997; Mikulincer & Orbach, 1995).

Concludendo, quindi, l'attaccamento può influenzare la maggiore o minore disposizione a chiedere aiuto. Le persone con un attaccamento evitante hanno interiorizzato una rappresentazione degli altri negativa, per cui oltre ad essere diffidenti nei loro confronti, hanno anche la tendenza a fare affidamento esclusivamente su di sé (Brennan, Clark & Shaver, 1998). Coerentemente, alti livelli di evitamento potrebbero associarsi ad una ricerca di aiuto minore. Invece, all'opposto, l'attaccamento ansioso, che si caratterizza per un'intesa paura di essere abbandonati e una rappresentazione di sé negativa (Brennan et al., 1998), potrebbe associarsi ad una tendenza maggiore alla ricerca di aiuto. È ciò che hanno riscontrato Vogel e Wei (2005), i quali hanno rilevato che l'attaccamento ansioso si associa positivamente all'intenzione di cercare aiuto, mentre l'attaccamento evitante risulta essere negativamente associato con l'intenzione di cercare un aiuto psicologico (Vogel & Wei, 2005).

Sono interessanti anche i risultati della ricerca di Shaffer e colleghi (2006), la quale evidenzia che persone evitanti, con dei modelli operativi interni negativi degli altri, tendono a percepire in misura maggiore i rischi rispetto ai benefici connessi con la richiesta di aiuto e in tal modo si mostrano meno predisposti verso di essa. Questa associazione risulta coerente con il presupposto teorico secondo cui le persone con attaccamento evitante reagiscono alle situazioni di stress sforzandosi in ogni modo per riaffermare la propria autonomia e svalutando l'importanza degli altri (Cassidy, 2000; Mikulincer et al., 2003; Pietromonaco & Barrett, 2000; Shaver & Mikulincer, 2002). La convinzione introiettata dell'inaffidabilità altrui resta immutata anche per le figure professionali e viene trasferita sullo psicologo portando ad una percezione del counseling come fautore di maggiori rischi rispetto ai benefici. I partecipanti con un attaccamento ansioso invece presentavano opinioni maggiormente contraddittorie valutando allo stesso modo sia i benefici sia i rischi della terapia. Tuttavia, anche questo risultato si mostra in linea con quanto descritto dalla teoria dell'attaccamento che ritrae le persone con

attaccamento ansioso-ambivalente come combattute tra un forte impulso a fare affidamento sugli altri e un altrettanto forte timore di subire un rifiuto (Cassidy, 2000; Kobak & Sceery, 1988; Mikulincer et al., 2003; Pietromonaco & Barrett, 2000; Shaver & Mikulincer, 2002). Questa continua contraddizione li porta ad oscillare tra il desiderio di richiedere un supporto e la spinta a sottrarsi a causa dell'incertezza in merito alla disponibilità e prontezza altrui. Coerentemente, per quanto concerne il processo di richiesta di aiuto psicologico, questa ambivalenza si riflette nella disponibilità a contattare un terapeuta mossi da un'aspettativa positiva in merito ai benefici ricavabili, ma al contempo da un'incertezza sulla reale volontà di questi ultimi di fornire loro un aiuto e dalla preoccupazione per un potenziale abbandono o rifiuto futuro.

I modelli operativi interni e gli stili di attaccamento possono influenzare anche lo stigma associato alla ricerca di aiuto: gli individui ansiosi cercano costantemente approvazione e temono le reazioni degli altri, di cui hanno una rappresentazione sostanzialmente positiva (Lopez & Brennan, 2000; Mikulincer et al., 2003); queste persone tendono conformarsi al parere altrui (Florian et al., 1995) e, pertanto, potrebbero essere più permeabili all'interiorizzazione dello stigma associato alla ricerca di aiuto (Shaffer et al., 2006). Analogamente, ma per diverse ragioni, anche gli individui con un attaccamento evitante, potrebbero interiorizzare lo stigma associato alla ricerca di aiuto. In questo caso lo stigma risulterebbe in linea con tentativi di proteggere un'immagine di sé in cui sono centrali aspetti l'autonomia e l'indipendenza (Cheng et al., 2015). Coerentemente, uno studio condotto con una popolazione di adolescenti riporta che individui con uno stile di attaccamento insicuro, preoccupato o disimpegnato, hanno livelli più elevati di *self stigma* relativo alla ricerca di aiuto per problemi legati alla salute mentale (Zhao et al., 2015).

Cheng e colleghi (2015) hanno condotto uno studio con un gruppo di giovani adulti dai 18 ai 25 anni con la finalità di capire se l'attaccamento possa essere una cornice teorica che aiuti a comprendere le decisioni delle persone a cercare aiuto o meno, e in tutto ciò, quale sia il ruolo del *self stigma*. I risultati di questo studio mostrano che mentre l'attaccamento ansioso si associa ad una preoccupazione maggiore per i propri sintomi che a sua volta si associa ad intenzioni più elevate rispetto alla ricerca di aiuto psicologico, l'attaccamento evitante non presenta invece una relazione negativa significativa con l'intenzione a cercare un aiuto psicologico, come se intervenissero anche altre variabili. L'attaccamento ansioso, inoltre, attraverso il *self stigma*, ha una relazione negativa e indiretta con l'intenzione di cercare aiuto; e maggiori livelli di *self stigma* si associano ad una più bassa intenzione a

cercare un aiuto psicologico. Pertanto, il *self stigma* sembra dirottare la possibilità che una persona preoccupata per i suoi sintomi chieda un aiuto psicologico (Cheng et al., 2015).

Soffermiamoci sui fattori che possono intervenire nella fase iniziale del processo di richiesta di aiuto favorendolo o bloccandolo, un recente studio condotto da Kealy e collaboratori (2016) ha indagato gli effetti dell'attaccamento sulla prontezza a intraprendere un percorso terapeutico. La prontezza è un costrutto che coinvolge diversi aspetti tra cui l'interesse, la motivazione, l'impegno e il coinvolgimento mostrati dalla persona nell'intraprendere una terapia ed è risultata una componente chiave di cui tenere conto per valutare l'idoneità del paziente ad essa (Truant, 1998, 1999 citato in Kealy et al., 2016). In questa ricerca è emerso che un attaccamento ansioso si associa a dei vissuti di distress talmente pesanti da mobilitare la persona a ricorrere ad una terapia. In particolare l'angoscia legata al timore di essere respinti dagli altri alimenta in essi un senso di urgenza che velocizza il processo di richiesta di aiuto. Un attaccamento evitante, invece, era associato ad una minore fiducia e ad una minore apertura nei confronti del processo terapeutico. Questo risultato è in linea con l'inquadramento teorico precedentemente descritto e con quanto emerso negli altri studi. Le persone evitanti considerano gli altri poco affidabili e per questo rifuggono l'intimità dei rapporti stretti cercando di mantenere le distanze e accentuando la propria indipendenza. Analogamente, si mostrano riluttanti nell'avviare un rapporto con una figura professionale che propone un percorso di aiuto fondato sulla comunicazione interpersonale, sull'apertura emotiva e sulla fiducia. Tuttavia, a questa attitudine generalmente negativa non si accompagnava una mancanza di interesse o una percezione di incombenza ed impegno eccessivi legati alla terapia. Perciò si può concludere che le persone evitanti potrebbero essere disposte e pronte ad iniziare una terapia tanto quanto il resto della popolazione generale ma che l'eccessiva riservatezza e l'enfasi radicata sul distacco inibisce la presa di decisione. In particolare assumono un peso decisivo gli aspetti relazionali del processo terapeutico quali il senso di vulnerabilità e minaccia conseguente al fatto di dover rivelare dettagli personali della propria vita ad un potenziale terapeuta. Una strada percorribile dai clinici per facilitare la relazione terapeutica è quella di mostrarsi accomodanti con questi pazienti nella fase iniziale legittimandone l'atteggiamento respingente, ma, man mano con il procedere del percorso terapeutico, fornire loro un'esperienza di attaccamento differente e maggiormente adattiva, in una parola riparativa (Daly & Mallinckrodt, 2009).

Ulteriori ricerche hanno sottolineato come l'attaccamento abbia un'influenza non solo nel momento in cui avviene la decisione di intraprendere una terapia, ma anche nel corso del processo terapeutico (Berry & Danquah, 2016; Daly & Mallinckrodt, 2009). I pazienti con elevati livelli di ansietà e di evitamento tendono a manifestare maggiori difficoltà nella relazione terapeutica e in particolare nello sviluppare un'adeguata alleanza terapeutica (Diener & Monroe, 2011; Taylor et al., 2015; Daniel, 2006).

4.1.4 Regolazione emotiva e aiuto psicologico: il potenziale ruolo di reappraisal e suppression

Le ricerche fino ad ora si sono occupate esclusivamente dei concetti di apertura emotiva e paura dell'espressione emotiva e del generale concetto di competenza emotiva. Non è stato ancora approfondito il ruolo di specifiche strategie di espressione e regolazione emotiva.

Il concetto di regolazione emozionale si riferisce ai processi mentali che gli individui mettono in atto, in maniera volontaria oppure automatica, per modulare la propria risposta emozionale. Tali processi possono variare notevolmente in base a differenze individuali e a fattori contestuali, giocando un ruolo chiave nella capacità, unica degli esseri umani, di reagire in maniera flessibile agli eventi emozionali (Thayer & Lane, 2000; Rozanski & Kubzansky, 2005).

Esiste una nutrita letteratura a sostegno dell'ipotesi che le strategie utilizzate dagli individui per regolare il proprio stato emozionale abbiano effetti sul loro benessere (Aldao et al., 2012; Berking & Wupperman, 2012), sia psicologico che somatico, e, coerentemente, lo sviluppo di strategie adattative di regolazione emozionale rappresenta uno dei principali obiettivi degli interventi psicoterapeutici trasversale a numerosi approcci teorici (Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Berking et al., 2008). Si tratta, dunque, di un concetto di centrale importanza in psicologia clinica, sia per quanto riguarda i modelli della psicopatologia, che per i modelli del cambiamento psicoterapeutico.

Numerosi autori hanno contribuito a delineare modelli teorici della regolazione emozionale cercando di definire il costrutto, di classificare le forme di regolazione in base al loro valore adattivo e, a partire da queste classificazioni, proporre delle direttive per gli interventi psicologici con pazienti che presentano problematiche emozionali.

In questa ricerca è utilizzato uno dei modelli più influenti in letteratura, ovvero quello proposto da Gross (1998), in accordo con il filone di ricerche che lega teoricamente questo modello alla teoria dell'attaccamento. Come riporta infatti Winterheld (2016), in accordo con la teoria dell'attaccamento, le strategie che le persone utilizzano quotidianamente per regolare le emozioni, dipendono dalle precoci interazioni che hanno avuto con i loro caregiver primari. Alcuni autori, come sopra detto, concepiscono la teoria dell'attaccamento come una teoria della regolazione emotiva (Bretherton & Munholland, 1999; Feeney & Noller, 1996; Mikulincer et al., 2003): alla luce delle esperienze con i *caregiver* primari, le persone sembrano sviluppare strategie più o meno funzionali di regolazione emozionale (Mikulincer et al., 2003), che influenzano le varie risposte cognitive, affettive e comportamentali di gestione del disagio e che riflettono i differenti orientamenti nell'attaccamento (Belsky, 2002; Bowlby, 1973).

Secondo la definizione dell'autore, la regolazione emotionale può essere definita come “*il processo attraverso il quale gli individui influenzano quali emozioni hanno, quando le hanno, e come le vivono ed esprimono*” (Gross, 1998; p. 275). “Le emozioni sembrano andare e venire a loro piacimento” afferma Gross (2001), ma “tuttavia noi influenziamo le nostre emozioni”.

Sebbene per diverso tempo le emozioni siano state considerate come delle passioni che sopraggiungono e scompaiono di loro iniziativa senza essere soggette all'influenza della persona (Solomon, 1976) una mole cospicua di ricerche condotte a partire dalla fine del secolo scorso ha constatato come ogni individuo ricorra a diverse strategie per influenzare le emozioni che prova nel suo quotidiano. Ad oggi la regolazione emotiva è riconosciuta come un processo universale che ciascuna persona compie diverse volte nel corso della propria giornata (Gross, 2001, e che ha imparato nella storia delle sue interazioni con le figure di riferimento).

Questo studio si focalizza sulle due strategie di regolazione emotiva operazionalizzate da Gross: reappraisal e suppression. Da un punto di vista teorico, per *reappraisal* o rivalutazione cognitiva, si intende una strategia finalizzata a ridefinire il significato di una situazione, alterandone l'impatto emotivo. Questa è una delle strategie definite *antecedent-focused* in quanto intervengono nella fase iniziale del processo permettendo di rivalutare la portata della situazione ed eventualmente diminuendone la rilevanza. Il reappraisal modifica il modo di pensare rispetto all'evento, reinterpretando una situazione potenzialmente stressante in un modo che ne diminuisca l'impatto a livello emozionale e

permettendo di modificarne l'intero processo temporale di risposta. Il ricorso a questa strategia permette di controllare non solo ciò che viene espresso esternamente a livello comportamentale, ma anche le credenze interne rispetto all'evento e i sentimenti ad esso legati.

Per *suppression* o soppressione, si intende invece una strategia tesa ad inibire l'espressione dell'emotività. In particolare la strategia della *suppression* inibisce le manifestazioni comportamentali delle risposte emotive; tuttavia, non ha un impatto sull'esperienza soggettiva dell'emozione negativa ma incrementa l'attivazione fisiologica del sistema simpatico, quindi l'attivazione di sistemi come quello cardiovascolare ed elettrodermico (Gross 1998; Gross, 2001). La soppressione appartiene alla seconda categoria di strategie, dette *response-focused* per il fatto che intervengono in una fase successiva, ovvero quando la scarica emotiva è in corso ed esprimono la modalità attraverso le quali la persona può modificare o indirizzare in maniera differente le inclinazioni a rispondervi (Gross & John, 2003). Per questo motivo richiede ripetuti sforzi per gestire le risposte emotive mentre si continuano a presentare, gravando sulle risorse cognitive della persona che potrebbero, invece, essere meglio impiegate per agire in maniera ottimale ed efficace nei contesti sociali in cui si manifestano le emozioni (Balzarotti et al. 2010; Gross & John, 2003). Inoltre, andando ad agire tardivamente, se anche riuscisse a diminuire l'espressione dei comportamenti negativi potrebbe tuttavia avere l'effetto indesiderato di abbassare anche l'espressione delle emozioni positive (Gross & John, 2003).

Le conseguenze della prima strategia sono più positive rispetto alle conseguenze della soppressione: infatti, la rivalutazione cognitiva risulta associata ad una maggiore espressione di emozioni positive, a maggiore benessere, migliore funzionamento interpersonale e minore attivazione psicofisiologica relazionata allo stress (Gross & John, 2003; Gross & Munoz, 1995; John & Gross, 2004; Nezlek & Kuppens, 2008; Troy & Mauss, 2011; Troy, Shallcross, & Mauss, 2013), mentre la soppressione, oltre a non avere un impatto sull'esperienza emozionale negativa, sembra alterare la memoria verbale e intaccare la reattività emozionale nelle interazioni sociali, e sembra produrre dei veri e propri costi a livello sociali, quali una più bassa percezione di supporto e lo sviluppo di relazioni meno intime (Gross, 1998; Gross, 2001; Butler et al., 2003; John & Gross, 2004; Richards, 2004; Srivastava et al., 2009).

In letteratura è emerso che chi ha sviluppato in infanzia certe tipologie di attaccamento e non altre, utilizza in modo preferenziale anche alcune strategie di regolazione emotiva. Poiché le persone con attaccamento sicuro non hanno bisogno di affidarsi alle strategie difensive di disattivazione o iperattivazione per regolare le emozioni, sono più in grado di regolare in modo flessibile i pensieri su eventi emozionanti e ridefinire questi eventi al fine di mantenere il benessere nei loro rapporti (Collins, 1996; Mikulincer, 1998). Poiché quindi possono contare su strategie di regolazione emotiva basate sulla sicurezza e sulla fiducia (security-based) rispetto al proprio legame con l'altro sono maggiormente propense a ricorrere alla rivalutazione cognitiva (Mikulincer & Shaver, 2003; Winterheld, 2016). Una caratteristica contestuale che moderare il legame tra l'attaccamento sicuro e la rivalutazione cognitiva è la percezione della vicinanza nella relazione. Le persone con attaccamento sicuro si sforzano di mantenere la relazione con l'altro, ma non cercano livelli estremi di vicinanza e non si preoccupano eccessivamente della perdita di relazioni. Di conseguenza, le strategie di regolazione delle emozioni basate sulla sicurezza sono flessibili e basate sulla realtà (Shaver & Mikulincer, 2002). Le aspettative positive apprese a partire dalle relazioni primarie rispetto al fatto che gli altri riescano a rispondere in maniera costruttiva e responsiva alle proprie espressioni emotive, fanno sì che anche in età adulta queste persone non sentano la necessità di reprimere i propri sentimenti né per paura di perderne l'affetto o di subire un rifiuto (timore condiviso soprattutto dalle persone ansiose) né per il timore di perdere il controllo autonomo della propria vita o di mostrarsi dipendenti dall'altro (timore condiviso in particolare dalle persone evitanti) (Mikulincer & Shaver, 2003; Mikulincer & Orbach, 1995).

Al contrario le persone con un'elevata ansietà dell'attaccamento si preoccupano molto per la stabilità delle proprie relazioni, dubitando del proprio valore per l'altro e temendo in ogni momento di ricevere un segnale che indichi un possibile rifiuto. Questa visione catastrofica anticipatoria si concretizza nel ricorso a strategie di regolazione emotiva iperattivanti che richiedono un continuo dispendio di energie da parte del soggetto per monitorare ogni possibile indicatore di un ridotto coinvolgimento da parte del partner e in tal caso cercare di accorciare le distanze con esso esasperando la propria condizione di bisogno (Mikulincer & Shaver, 2003). Rispetto al ricorso alle principali strategie di regolazione emotiva comprese nel modello di Gross (1998) le ricerche non hanno prodotto risultati definitivi: in particolare, alcuni studi ipotizzano una scarsa correlazione tra ansietà e reappraisal basata sul presupposto che il forte distress vissuto da questi soggetti nelle

relazioni interpersonali possa inficiare sulla flessibilità cognitiva richiesta per rileggere gli eventi della vita carichi di emotività in una maniera più ottimistica e funzionale al benessere del soggetto (Fraley & Shaver, 2000; Shaver & Mikulincer, 2007), soprattutto nelle situazioni che rimettono in gioco le dinamiche di attaccamento. Di fatto queste ultime vengono generalmente vissute con una forte partecipazione emotiva che tende ad esasperare il conflitto e a mettere in campo un maggior numero di emozioni negative (Cassidy & Kobak, 1988; Mikulincer & Shaver, 2003; Cassidy, 1994). Tuttavia altre ricerche hanno sottolineato come gli schemi di risposta delle persone ansiose alle situazioni conflittuali possano variare a seconda del contesto ed in particolare sulla base dell'interazione con un partner a sua volta ansioso o al contrario evitante (Winterheld, 2015). Nel secondo caso, di fronte alla tendenza dell'altro a reagire ai propri desideri di intimità e connessione accentuando uno scarso coinvolgimento, le persone ansiose potrebbero ricorrere a loro volta alla soppressione, inibendo la propria espressività emotiva e assecondando il partner per mantenere la stabilità della relazione e proteggersi dalla sofferenza di un possibile rifiuto o abbandono (Tucker & Anders, 1998).

La maggior parte delle ricerche mostra come per le persone con un attaccamento evitante il ricorso a strategie di rivalutazione cognitiva possa essere ancor più difficile in quanto queste ultime implicano una presa di coscienza sui vari fattori che elicitano una risposta emotiva e che contribuiscono a generare una situazione stressante dal punto di vista emotivo (Groos & Jhon, 2003): questo impegno e coinvolgimento viene generalmente evitato da questi soggetti attraverso il ricorso a strategie di deattivazione emotiva quali la soppressione che consentono di ridurre l'impatto emotivo di un evento stressante, negandolo o minimizzandone la negatività (Mikulincer & Shaver, 2003).

Le ricerche hanno confermato in maniera unanime che a maggiori livelli di evitamento corrisponde una tendenza ad allontanare ogni possibile stimolo in grado di modificare il proprio stato di apparente equilibrio (Mikulincer & Shaver, 2003; Mikulincer & Orbach, 1995). Questi soggetti risultano sempre molto controllati nel gestire la propria sfera emotiva, evitando il coinvolgimento in relazioni profonde che implicino una maggiore apertura e condivisione emotiva. In particolare all'interno delle relazioni interpersonali tendono a evitare le situazioni conflittuali che, implicando necessariamente l'eventualità di un maggiore coinvolgimento emotivo o di ricevere un rifiuto da parte dell'altro, rischiano di costituire una concreta minaccia al proprio equilibrio. In queste occasioni il ricorso alla soppressione, che ne minimizza l'impatto emotivo, può rappresentare una strategia

funzionale all'obiettivo di mantenere sempre un certo livello di distanza dall'altro (Gross & Jhon, 2003; Collins et al., 2006).

A conferma di ciò, infatti, diverse ricerche hanno confermato un massiccio ricorso alla soppressione da parte dei soggetti con elevato evitamento. In particolare lo studio recentemente condotto da Winterheld (2015) ha mostrato come questo schema di gestione degli stimoli emotivi si amplifichi in condizioni che richiedono un maggiore sforzo per tenere sotto controllo le proprie emozioni, quali per esempio condizioni di conflitto con il partner in cui il comportamento dell'altro viene avvertito come negativo. In tali casi il ricorso alla soppressione può permettere ai soggetti di mantenere una facciata di impermeabilità e controllo. Tuttavia quest'ultima risulta solo apparente, come testimoniano gli studi che, sottoponendo questi soggetti a stimoli particolarmente stressanti, hanno rilevato una persistente attivazione fisiologica che tuttavia veniva mascherata nei resoconti espliciti (Mikulincer & Florian, 1998).

Nei soggetti con attaccamento sicuro avviene una modalità comportamentale opposta.

Le persone sicure hanno meno probabilità di ricorrere nella soppressione quando i loro partner si comportano con loro in modo negativo: l'inibizione dell'espressione emotiva, infatti, in questo contesto sarebbe incompatibile con il loro obiettivo di attaccamento, ovvero il miglioramento continuo nella relazione. Inoltre, il senso di autosufficienza delle persone sicure nella regolazione emotiva, unitamente alle aspettative positive degli altri, consente loro di sperimentare emozioni negative senza esserne sopraffatti da loro e diminuire di conseguenza la necessità di reprimerle (Mikulincer & Orbach, 1995; Mikulincer & Shaver, 2003; Shaver & Hazan, 1993).

Nella ricerca che descriverò in seguito, in linea con il fatto che chi è più aperto nei confronti delle proprie emozioni è anche meno riluttante a chiedere aiuto (Komiya et al., 2000), si è ipotizzato che la soppressione si associ ad un atteggiamento meno favorevole nei confronti della ricerca di aiuto psicologico professionale. Al contrario, il *reappraisal* potrebbe condurre ad un atteggiamento più favorevole nei confronti della ricerca di aiuto psicologico.

4.1.5 Alessitimia e ricerca di aiuto psicologico

Le difficoltà nella ricerca di aiuto possono essere influenzate anche da abilità, più o meno sviluppate, nel riconoscere e comprendere le emozioni.

Innanzitutto, il concetto di alessitimia, che significa letteralmente “*senza parole per le emozioni*”, è noto “*come la difficoltà di identificare, descrivere e comunicare le emozioni, di distinguere tra fra vissuti emotivi e attivazione fisiologica delle emozioni, la povertà dei processi immaginativi, lo stile cognitivo orientato verso il fattuale e la realtà esterna, l’adattamento sociale di tipo conformistico*” (Porcelli & Todarello, 2005, p. 47).

Il costrutto dell’alessitimia è nato, nella prima metà degli anni ’70, partendo dalle osservazioni realizzate per studiare le patologie psicosomatiche (Caretto et al., 2005; Porcelli & Todarello, 2005). Tale costrutto è stato rivisitato ed esteso dalla sua nascita ad oggi, a partire da una distinzione terminologica essenziale: l’alessitimia, infatti, riguarda non tanto le emozioni (*emotions*), ovvero la componente biologica dell’affetto, quanto i sentimenti (*feelings*). Pertanto, l’alessitimia non indica una condizione che affligge le persone senza emozioni, ma riguarda i “*soggetti con un deficit della componente psicologica dell’affetto (feeling), ossia persone che hanno emozioni (emotions) espresse dalle componenti biologiche degli affetti, ma con scarsa o nessuna possibilità di ricorrere agli strumenti psicologici (immagini, pensieri e fantasie) per rappresentarle*” (Porcelli & Todarello, 2005, p. 48).

Inoltre, l’alessitimia riguarda il riconoscimento delle proprie emozioni quanto il riconoscimento delle emozioni altrui. Ad esempio, Levant (1998) descrive l’alessitimia come una difficoltà nell’identificazione e nella descrizione delle proprie e delle emozioni altrui, che comporta una disfunzione nella consapevolezza emotiva e nell’attaccamento.

A partire dall’ultimo decennio del secolo scorso quindi il paradigma concettuale di riferimento su cui si basava il costrutto di alessitimia ha subito una serie di cambiamenti (Porcelli, 2005): mentre inizialmente gli studi su tale quadro patologico erano strettamente associati e limitati alle patologie di origine psicosomatica, attualmente la maggior parte degli autori si rifà al modello concettuale della teoria delle emozioni privilegiando una visione dell’alessitimia come dimensione transnosografica che costituisce un fattore aspecifico di vulnerabilità per un’ampia varietà di sindromi mediche e psichiatriche (Lumley et al., 1996) che hanno alla base come comune denominatore un disturbo nel processo di regolazione emotiva (Caretto & La Barbera, 2005; Porcelli, 2008; Taylor & Bagby, 2004).

Diversi autori nel corso degli anni si sono interrogati sull’eziologia dell’alessitimia e, sebbene non si sia ancora giunti a dei risultati definitivi in merito (Taylor & Bagby, 2004), un gran numero di ricerche concordano nell’evidenziare il potere esplicativo della teoria

dell'attaccamento come modello teorico in grado di spiegare l'insorgenza di perturbazioni nei meccanismi di regolazione emotiva (Kobak et al., 1993; Montebanocci et al., 2004; Troisi et al., 2001). Anche l'alessitimia, infatti, potrebbe essere la risultante di un contesto relazionale che non permette al bambino di avvalersi di processi cognitivi per modulare e gestire gli affetti. In particolare, Schaffer (1993) ipotizza che i soggetti alessitimici abbiano sperimentato nella propria infanzia delle modalità di attaccamento insicuro con i propri *caregiver*. Fonagy (2001) ha rimarcato il possibile collegamento tra attaccamento e alessitimia, riferendosi al concetto di mentalizzazione, ovvero quell'abilità che consente di costruire e disporre delle rappresentazioni di credenze, pensieri, sentimenti e desideri. La mentalizzazione è influenzata considerevolmente dalla competenza nella regolazione degli affetti, capacità che il bambino può costruire solo sperimentando una relazione di attaccamento sicura, in cui il genitore è capace di *rêverie* ed è pertanto in grado di nominare e contenere gli affetti: è capace di essere ricettivo nei confronti dei bisogni del bambino ed è abile a riflettere sul suo vissuto.

Tornando alla richiesta di aiuto psicologico, un recente studio condotto nel Regno Unito da Sullivan e colleghi (2015) si è occupato di valutare la relazione tra conformità alle norme insite nel ruolo di genere maschile, l'espressione emotiva in termini di maggiori o minori livelli di alessitimia, la paura dell'intimità nelle relazioni interpersonali e l'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico professionale. Da questo studio è emerso innanzitutto, che tutte e tre le variabili prese in esame si associano negativamente all'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico professionale. Le tre variabili insieme spiegano il 12% della varianza della variabile dipendente, ovvero l'atteggiamento verso la ricerca di aiuto psicologico. Inserendo altre variabili demografiche la porzione di varianza spiegata dal modello aumenta fino al 17% e secondo gli autori, buona parte della variazione nell'atteggiamento, potrebbe dipendere da altre variabili non considerate in questo studio, ma considerate importanti in modo unanime in letteratura, in particolare lo stigma (Sullivan et al., 2014).

Lo studio presentato in questo capitolo tenta proprio di bypassare i limiti di questa ricerca, analizzando l'impatto complessivo di stigma e competenza emotiva sull'atteggiamento verso la richiesta d'aiuto.

Esiste pertanto un legame notevolmente testimoniato dalla letteratura tra attaccamento, alessitimia e regolazione emotiva, secondo cui relazioni disfunzionali precoci con il

proprio caregiver possono rappresentare fattori di rischio nello sviluppo di sistemi fisiologici e cognitivi deputate alla regolazione emozionale.

Da tali premesse, prende vita questa ricerca, che vuole essere una risposta concreta all'esigenza di sopperire alla mancanza di un modello unico che prenda in considerazione queste due principali barriere nei giovani adulti.

Mi piace inoltre poter pensare che una tesi di ricerca, o un qualsiasi studio scientifico, non sia un mero esercizio intellettuale fine a se stesso, ma possa avere delle ricadute applicative: in questo caso tali ricadute, descritte in discussione, sono immediate e riguardano una comprensione più profonda di quali meccanismi impediscono di dare voce alla sofferenza psicologica.

In questo senso, dunque, questo progetto di ricerca si propone di far luce sul ruolo di differenti variabili in relazione all'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto, e in particolare le prime tre componenti rilevate da Fisher & Turner (1972) come influenti su di esso, ovvero il riconoscimento del bisogno di un aiuto psicologico, la tolleranza allo stigma, l'apertura interpersonale, posticipando l'impatto dell'ultima variabile (la fiducia negli operatori professionali) alla ricerca esposta nel capitolo successivo.

4.1.6 Obiettivi

Questo studio ha due obiettivi generali: il primo è quello di replicare alcuni risultati della letteratura nel tentativo di vedere se possono essere validi anche per il target della presente ricerca, ovvero un gruppo di giovani adulti del territorio veneto.

Il secondo obiettivo generale della ricerca, la prima in questo specifico ambito, per quanto è stato possibile constatare dai dati forniti dai motori di ricerca (Pubmed, Google scholar, Web of Science, Scopus), è creare un modello integrativo che studi l'impatto sull'atteggiamento verso la richiesta d'aiuto psicologico, analizzando l'insieme delle seguenti variabili e le relazioni che intercorrono tra di esse: la percezione del proprio benessere, la competenza emotiva, declinandola nei termini di strategie di regolazione emotiva e livelli di alessitimia, aspetti che sembrano derivare dal tipo di attaccamento, considerando il possibile ruolo di mediazione dello stigma. Si vuole quindi arricchire la letteratura con uno sguardo globale sulle possibili interazioni tra queste variabili.

Più precisamente, le ipotesi che hanno guidato la ricerca sono le seguenti:

- 1) s'ipotizza che la percezione del proprio stato di salute influenzi l'atteggiamento nei confronti della richiesta d'aiuto, nel senso che a minor benessere si associ un'atteggiamento positivo verso l'aiuto psicologico.

Per poter chiedere aiuto, infatti, è necessario che una persona percepisca di avere un disagio psicologico significativo per cui più è grave il *distress* psicologico più diventa probabile che la persona percepisca la necessità di ricevere delle cure per la propria salute mentale, e di conseguenza abbia un atteggiamento più favorevole nei confronti della richiesta di aiuto psicologico (Cameron et al., 1993; Elliot et al., 2015; Vogel et al., 2006).

- 2) Ci si aspetta di replicare con i giovani adulti del territorio veneto i principali risultati della letteratura rispetto alle correlazioni tra attaccamento, regolazione emotiva ed Alessitimia. Più in particolare per quanto riguarda la relazione tra attaccamento e regolazione emotiva, s'ipotizza una (a) correlazione positiva tra ansietà e suppression e tra evitamento e suppression e una correlazione negativa tra ansietà e reappraisal e tra evitamento e reappraisal; rispetto alla relazione tra attaccamento e Alessitimia, ci si aspetta (b) una correlazione positiva tra ansietà e tutte le dimensioni dell'Alessitimia, e tra queste e l'evitamento; rispetto ai costrutti di Alessitimia e regolazione emotiva, s'ipotizza (c) una correlazione positiva tra suppression e le dimensioni dell'Alessitimia e una correlazione negativa tra queste ultime e la strategia del reappraisal.

- 3) Gli individui con determinate disposizioni rispetto all'attaccamento hanno atteggiamenti specifici nei confronti della richiesta di aiuto psicologico; s'ipotizza pertanto che l'attaccamento influenzi l'atteggiamento seguendo diverse traiettorie: in particolare (a) alti livelli di ansietà dell'attaccamento si associano ad un atteggiamento più favorevole nei confronti della ricerca di aiuto psicologico (Vogel & Wei, 2005), mentre (b) alti livelli di evitamento rispetto all'attaccamento si associno a ad un atteggiamento meno favorevole nei confronti della richiesta di aiuto psicologico (Vogel & Wei, 2005).

L'attaccamento sembra porsi a monte di abilità emotive più o meno funzionali ed è considerato in questa tesi in termini dimensionali e non in termini categoriali in quanto è stato suggerito in letteratura che le differenze individuali nell'attaccamento sono meglio espresse da un modello dimensionale piuttosto che categoriale (Fraley & Waller, 1998; Fraley & Spieker, 2003a,b; Roisman et al.,

2007): ciò significa che i partecipanti non sono stati assegnati a categorie specifiche (sicuro, timoroso, evitante, preoccupato) ma che sono state considerate le dimensioni di Ansietà e di Evitamento, rispetto all'attaccamento.

- 4) Ci si aspetta che (a) alti livelli di reappraisal si associano ad un atteggiamento più favorevole nei confronti della ricerca di aiuto psicologico, mentre (b) alti livelli di suppression si associano a ad un atteggiamento meno favorevole nei confronti della richiesta di aiuto psicologico. L'ipotesi rispetto alla due strategie di regolazione emotionale è esplorativa in quanto non ci sono precedenti ricerche che analizzino tale variabile.
- 5) La presenza o meno di un disturbo della regolazione ed espressione degli affetti, rappresentato dalla sintomatologia alessitimica può influenzare l'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto ed in particolare s'ipotizza che:
 - a) bassi livelli di alessitimia possono associarsi ad un atteggiamento maggiormente favorevole nei confronti della richiesta di aiuto psicologico;
 - b) elevati livelli di alessitimia possono associarsi ad un atteggiamento meno favorevole nei confronti della richiesta di aiuto psicologico.
- 6) Rispetto allo stigma, valutato in questa ricerca secondo due delle sue diverse manifestazioni, ci si aspetta che:
 - a) Il self stigma potrebbe rappresentare la variabile maggiormente responsabile delle variazioni nell'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico. In particolare, livelli più elevati di self stigma si associano ad un atteggiamento meno favorevole nei confronti della ricerca di aiuto psicologico (Vogel et al., 2007);
 - b) Il self stigma potrebbe avere un effetto più marcato ed essere più significativo rispetto allo *stigma by others* o stigma degli altri significativi (Bathje & Pryor, 2011; Ludwikowski et al., 2009; Vogel et al., 2007; Vogel et al., 2010; Vogel et al., 2013);
- 7) Infine, poiché in letteratura non esistono studi che considerino la relazione tra queste variabili considerate nel loro insieme, questa ricerca si propone di esplorare le interconnessioni tra tutte le variabili sopra citate, completando la letteratura attraverso un modello integrativo, che propone un effetto diretto della percezione del proprio stato di salute, dell'attaccamento, della regolazione emotiva e dell'alessitimia sull'atteggiamento nei confronti della richiesta d'aiuto e un ruolo

di mediazione del self-stigma e dello stigma degli altri significativi tra le variabili precedenti e l'atteggiamento, poiché il *self-stigma* è stato identificato come variabile mediatrice tra attaccamento (Cheng et al., 2015), sofferenza psicologica e alessitimia (Vogel et al., 2011) e attitudine verso l'aiuto psicologico in precedenti ricerche.

4.2 Metodo

4.2.1 Partecipanti

Alla ricerca hanno partecipato 369 giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 29 anni, con età media di 22,34 anni (*DS*: 2,687). Gli uomini rappresentano il 47,4% (N=175); le donne il 52,6% (N=194). Il 75,3% (N=278) dei partecipanti studia all'università, e di questi il 4,6% (N=17) studia psicologia e il restante 70,7% (N=261) frequenta altre facoltà.

4.2.2 Strumenti

Ai partecipanti alla ricerca sono stati proposti i seguenti strumenti:

- Il ***Psychological General Well-Being Index*** (PGWBI; Dupuy H.J., 1984; trad.it. Grossi et al., 2002), un questionario self-report che intende valutare gli aspetti di benessere generale della persona, secondo diverse dimensioni: ansia, depressione, positività e benessere, autocontrollo, salute generale, e vitalità. Il questionario fornisce inoltre un indice globale di benessere. Chi compila il questionario è invitato a riferirsi alla propria esperienza nelle ultime quattro settimane e di scegliere un'alternativa di risposta: un esempio di item è: “Nelle ultime 4 settimane, mi sono svegliato fresco e riposato”. Il questionario si compone di 22 item con risposta a scelta multipla su scala likert da 0 (“totalmente in disaccordo”) a 5 (“totalmente d'accordo”).

Le sei scale sono composte da un minimo di 3 ad un massimo di 5 item: pertanto, il punteggio che si ottiene ad ogni scala varia a seconda del numero di item della scala stessa: ad esempio il punteggio che si ricava dalla scala che indaga la dimensione dell'ansia può andare da un minimo di 0 ad un massimo di 25; per la scala che indaga la dimensione della depressione, si può ottenere un punteggio che

va da un minimo di 0 ad un massimo di 15. Inoltre alcuni item sono invertiti e sono graduati per frequenza e intensità delle domande, in modo tale che il soggetto debba mantenere alta la concentrazione per compilarlo correttamente. Il questionario permette di ottenere un punteggio finale, che tiene conto di questi aspetti. Tale punteggio varia da 0 (condizione di minimo benessere) a 100 (condizione di massimo benessere). Questo range può essere a sua volta suddiviso in quattro livelli (Grossi, et al., 2006):

- *distress* severo: punteggi da 0 a 60
- *distress* moderato: punteggi da 61 a 72
- *no distress*: punteggi da 73 a 97
- *benessere psicologico*: punteggi da 97 a 110

La versione italiana del PGWBI ha un'adeguata validità e consistenza interna (Grossi et al., 2002). In questa ricerca gli alpha di Cronbach per il punteggio totale e le scale di ansia, depressione, benessere e positività, autocontrollo, salute generale e vitalità sono rispettivamente: 0.93, 0.83, 0.77, 0.82, 0.63, 0.59 e 0.77.

- L'*Experiences in Close Relationships Scale Revised* (ECR-R, Fraley, Waller & Brennan, 2000), nella validazione italiana (Calvo, 2008), è uno strumento self-report utilizzato per misurare l'ansietà e l'evitamento rispetto all'attaccamento.

L'ECR-R è composto da 36 item, suddiviso in due scale: Ansietà ed Evitamento (Fraley et al., 2000). La prima scala è formata da 18 item e valuta il livello d'ansia, ed il suo punteggio è dato dalla somma degli item pari. La seconda scala è composta dai 18 item rimanenti e indaga il grado di evitamento. Per questa scala, il punteggio si ottiene dalla somma degli item dispari. Il *range* di punteggio per ogni scala va da un minimo di 18 a un massimo di 126 (Fraley et al., 2000). Ad ogni item è possibile attribuire un punteggio che va da 1 (Forte disaccordo), 4 (Neutrale/Misto) a 7 (Forte accordo) (Calvo, 2008).

In uno studio di validazione italiana è risultato che entrambe le scale hanno una consistenza interna molto elevata: il coefficiente alfa di Cronbach è risultato, infatti, di .93 per l'Evitamento e di .88 per l'Ansietà. Per la maggior parte degli item sono risultate correlazione item-totale alte o moderate (Calvo, 2008).

In questo studio l'alpha di Cronbach è di .89 per il punteggio di ansietà e di .93 per il punteggio di evitamento.

- L’**Emotion Regulation Questionnaire** (ERQ; Gross & John, 2003; Validazione italiana a cura di Balzarotti, John & Gross, 2010) è un self-report utilizzato in questo studio per misurare differenti strategie di regolazione emotiva. In particolare, lo strumento prevede 10 item ed è composto due differenti scale: una scala, costituita da 6 item (item 1,3,5,7,8,10), misura la strategia del reappraisal o rivalutazione cognitiva; la seconda scala, costituita da 4 item (item 2, 4, 6, 9), misura la strategia della suppression della risposta. L’attribuzione dei punteggi ad ogni item si basa su una scala Likert, da 1 (forte disaccordo) a 7 (forte accordo) (Balzarotti et al., 2010).

Lo studio di validazione italiana riporta un coefficiente alfa di Cronbach pari a .84 per la scala del reappraisal e .72 per la scala della Soppressione. Lo strumento ha una buona consistenza interna per entrambe le scale: le correlazioni item-totali, variano da .48 e .68 per la scala reappraisal e da .42 a .63 per la scala della Soppressione (Balzarotti et al., 2010). Sia nello studio di Gross e John (2003), sia nello studio di validazione italiana ($r = .08$) (Balzarotti et al., 2010) le due scale non risultano essere correlate tra loro. L’attendibilità test-retest, considerando un intervallo di 2 mesi, è pari .67 per la scala reappraisal e .71 per la Soppressione (Balzarotti et al., 2010).

In questo studio l’alpha di Cronbach è di .81 per il punteggio di reappraisal e di .75 per il punteggio di suppression.

- La **Toronto Alexithymia Scale** (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994) è uno strumento di autovalutazione che misura il costrutto dell’alessitimia, definito sulla base di tre dimensioni: a) difficoltà nell’identificare i sentimenti; b) difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri; c) pensiero orientato all’esterno (pensiero operatorio) (Caretto, La Barbera & Capraro, 2005).

È costituito da 20 item e basato su una scala Likert a 5 punti. Al soggetto viene chiesto di esprimere il suo grado di accordo rispetto alle affermazioni contenute negli item, attribuendo a ciascuno un punteggio da 1 (“Non sono per niente d’accordo”) a 5 (“Sono completamente d’accordo”).

Oltre alla somma totale dei punteggi attribuiti agli item, è possibile sommare alcuni item specifici, di modo tale da ottenere tre indici che corrispondono alle tre dimensioni alla base del costrutto dell’alessitimia:

- F1: difficoltà nell’identificare i sentimenti (item 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14)

- F2: difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri (item 2, 4, 11, 12, 17)
- F3: pensiero orientato all'esterno (pensiero operatorio) (item 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20).

È possibile ottenere punteggi che vanno da un minimo di 20 ad un massimo di 100 e i cut-off definiti per lo scoring consentono di differenziare tre categorie di soggetti (Caretto et al., 2005):

- Non alessitimici: punteggio < 51
- Con alessitimia indeterminata o borderline: punteggio compreso tra 51 e 60
- Alessitimici: punteggi ≥ 61

La TAS-20 ha un'elevata consistenza interna (alfa di Cronbach = .81) e una buona affidabilità test-retest considerando un intervallo di tre mesi ($r = .77$). Inoltre la struttura interna a tre fattori, dal punto di vista teorico, risulta essere congruente con il costrutto dell'alessitimia. La stabilità e la ripetibilità della struttura a tre fattori è stata dimostrata sia per popolazioni cliniche sia per popolazioni non cliniche (Bagby et al., 1994; Parker et al., 1993).

In questo studio l'alfa di Cronbach è di .83 per il punteggio totale, .82 per il fattore 1, .81 per il fattore 2 e di .62 per il fattore 3.

- ***The short form of Self-Stigma of Seeking Help Scale*** (SSOSH; Vogel et al., 2006a) è uno strumento self-report utilizzato per misurare il costrutto del *self stigma* in relazione fatto che una persona chieda un aiuto psicologico professionale.

È costituito da 10 item che possono essere valutati mediante una scala che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo), per un punteggio minimo di 10 e un punteggio massimo di 50. La somma degli item fornisce un punteggio che, se elevato, indica la presenza di alti livelli di *self stigma*. In particolare si possono distinguere tre livelli (Vogel et al., 2006a):

- basso stigma: punteggi tra 10-22
- stigma medio: punteggi tra 23-32
- stigma elevato: punteggi tra 33-50

La coerenza interna dello strumento varia da .86 a .90 e l'attendibilità *test-retest*, considerando un intervallo di due settimane, è pari a .72 (Vogel et al., 2006a).

In questo studio l'alfa di Cronbach è di .78.

Il *Perception of stigmatization by other for seeking help* (PSOSH; Vogel et al., 2009) è uno strumento *self-report* utilizzato in questo studio per misurare lo stigma che le persone attribuiscono alle reazioni o alle valutazioni delle persone significative della loro vita, quindi le persone che appartengono alla rete di relazioni sociali più prossima. Lo strumento è costituito da 5 item a cui può essere attribuito un punteggio sulla base di una scala Likert che va da 1 a 5 (1= per niente; 2= un po'; 3 = abbastanza; 4 = molto; 5= del tutto). Il punteggio minimo è 5 e il punteggio massimo è 25. Punteggi più elevati segnalano la presenza di una elevata tendenza a percepire valutazioni stigmatizzanti rispetto alla ricerca di aiuto in coloro che appartengono alla propria rete sociale di riferimento. Uno studio di validazione dello strumento condotto da Vogel e colleghi (2009) riporta un punteggio medio pari a 9.9 (Dev. St. = 3.7). Gli autori riportano per la validità concorrente delle associazioni moderate con altri strumenti: .31, per l'associazione con lo stigma pubblico relativo al *counselling*; .20, per l'associazione con lo stigma pubblico legato alla malattia mentale; .37, per l'associazione con il *self stigma*. Gli autori, infine, hanno stimato anche una buona attendibilità *test-retest* considerando un intervallo di tre settimane (.82) (Vogel et al., 2009).

In questo studio l'alfa di Cronbach è di .78.

- **L'Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form** (ATSPPH-SF; Fischer & Farina, 1995) è utilizzato per misurare l'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico professionale. Lo strumento, ideato in origine da Fischer e Turner (1970) prevedeva 29 item. In questo studio, è stata utilizzata una versione ridotta comprensiva 10 item, in grado di misurare i medesimi costrutti dell'originale (Kim & Omizo, 2011): infatti, la correlazione tra le due scale è pari a .87 (Fischer & Farina, 1995).

Ad ogni item è possibile attribuire una risposta che va da 0 ("sono d'accordo") a 4 ("non sono d'accordo"), per un punteggio totale minimo di 10 fino ad un punteggio massimo di 40. Punteggi totali più elevati riflettono atteggiamenti più positivi nei confronti della richiesta di aiuto psicologico (Vogel, Wade & Hackler, 2007).

Sono adeguate anche la validità test-retest (.80) e la consistenza interna (.84) (Fischer & Farina, 1995).

In questo studio l'alfa di Cronbach è di .80.

- ***Questionario anagrafico*** che raccoglie informazioni riguardanti le principali caratteristiche demografiche del campione; permette di discriminare se la persona stesse frequentando o meno l'università e quale facoltà, in modo tale da controllare in numero di persone iscritte alla facoltà psicologia. Infine, lo strumento, prevedeva domande finalizzate anche a capire se il partecipante avesse mai avuto delle consulenze psicologiche, di che tipologia e se stesse o meno seguendo un percorso di tipo psicologico, al momento della somministrazione.

Gli strumenti, riportati nell'Appendice A, sono stati somministrati nell'ordine sopra menzionato.

4.2.3. Procedura

I partecipanti della ricerca sono stati reperiti mediante il metodo di campionamento a catena, prevalentemente per mezzo di conoscenze personali e passaparola.

Si è deciso di escludere dallo studio, coloro che in passato avessero già intrapreso un percorso di psicoterapia e quei soggetti che hanno dichiarato di svolgerla al momento della somministrazione: la scelta di non includere questi soggetti nel campione è stata funzionale alla necessità di discriminare se le caratteristiche studiate e le loro relazioni fossero o meno il risultato di un percorso psicoterapeutico.

Inoltre, nella selezione dei partecipanti, abbiamo cercato di controllare la variabile della tipologia di facoltà di appartenenza. Infatti, chi frequenta la facoltà di psicologia potrebbe avere un atteggiamento più favorevole alla ricerca di un aiuto psicologico professionale, in virtù della sua formazione e delle sue aspirazioni professionali future.

I partecipanti sono stati contattati telefonicamente o di persona e sono stati loro illustrati lo scopo e le modalità della ricerca. A coloro che hanno confermato la propria disponibilità è stato fatto firmare il consenso informato e sono successivamente stati proposti gli strumenti.

La somministrazione è avvenuta in un ambiente consono, ovvero nei laboratori interdipartimentali per la ricerca psicologica applicata e clinica (L.I.R.I.P.A.C.).

Lo studio è stato approvato dal comitato etico dell'Università di Padova. La durata della ricerca è stata di circa 60-90 minuti per partecipante.

4.3 Metodo di analisi dei dati

La maggior parte dell'analisi dei dati è stata effettuata con il pacchetto SPSS. Inizialmente sono state realizzate delle statistiche descrittive in modo tale da disporre di una prima descrizione della distribuzione delle variabili in gioco.

Successivamente sono state individuate i punteggi di correlazione di *Pearson* tra tutte le variabili misurate. Individuate le correlazioni significative, nell'intento di costruire un modello di tutte le possibili relazioni in gioco, sono state realizzate delle regressioni statistiche che coinvolgessero le variabili predittrici e la variabile dipendente. In linea con le ipotesi precedentemente descritte, si è deciso di porre come variabili mediatrici lo stigma personale e lo stigma che i partecipanti associano alle persone significative della loro vita. Le regressioni sono state calcolate partendo da modelli differenti a seconda della significatività delle correlazioni precedentemente individuate.

Infine sono stati utilizzati i modelli di equazioni strutturali (Corbetta, 2002), tramite l'approccio Lisrel, avvalendosi della tecnica multivariata della path analysis in modo tale da ottenere un modello sufficientemente esaustivo che comprendesse le correlazioni e le relazioni di dipendenza.

4.4 Risultati

4.4.1 Statistiche descrittive

Di seguito, si riporta la *Tabella 4.1* che indica i valori minimi e massimi rilevati in questo specifico gruppo di partecipanti per ciascuna scala degli strumenti utilizzati. La tabella è comprensiva anche di medie e deviazioni standard sempre in relazione ciascuna scala.

Tabella 4.1: Valori massimi e minimi di ogni strumento, medie e deviazioni standard delle scale.

	Minimo	Massimo	Media	Dev. Standard
PGWBI_Totale	25	105	73.33	14.27
PGWBI_Ansia	2	24	15.18	4.28
PGWBI_Depressione	2	15	12.17	2.22
PGWBI_Positività e Benessere	2	20	11.30	3.36

PGWBI_Autocontrollo	0	15	10.86	2.66
PGWBI_Salute Generale	4	15	11.83	2.14
PGWBI_Vitalita'	1	20	11.98	3.11
ECR-R Evitamento	18	121	47.37	18.66
ECR-R Ansietà	22	126	57.60	18.10
ERQ Reappraisal	.86	6.03	4.25	.88
ERQ Suppression	.81	5.69	2.82	1.07
TAS_Totale	23	79	48.76	11.15
TAS_F1	7	35	15.83	5.63
TAS_F2	5	25	14.88	4.85
TAS_F3	9	32	18.06	4.39
SSOSH	12	48	25.98	6.18
PSOSH	5	21	7.70	2.80
ATPPSHS	10	39	27.23	5.45

Oltre ai valori medi che si possono ricavare dalla tabella appena presentata, abbiamo visto che per alcuni strumenti (PGWBI, ECR-R, TAS-20, SSOSH) si possono calcolare di range specifici.

In *Tabella 4.2*, per esempio, sono riportati i valori inerenti al punteggio totale al questionario PGWBI di benessere percepito.

Tabella 4.2: Distribuzione dei partecipanti rispetto al distress percepito

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa
No distress	191	51.8	51.8
Distress	178	48.2	100.0
Totale	369	100.0	

Dall'analisi delle frequenze emerge che il 48,2% dei soggetti ha un punteggio ≤ 73 , che segnala una condizione di *distress* psicologico. Nello specifico, il 33,3% (N=123) presenta un *distress* moderato (73-60) e il 16,5% un *distress* severo (0-60).

Il restante 51,8% afferma di non presentare una condizione di *distress*.

Per quanto riguarda l'attaccamento (ECR-R) il 19,4% (N=71) dei partecipanti presenta livelli di alto evitamento ($pt \geq 65$) ed il 10,6% (N=39) dei partecipanti ha alta ansietà ($pt \geq 80$).

Per quanto riguarda il costrutto dell'alessitimia (TAS-20), riporto le percentuali relative ai diversi range descritti nella sezione strumenti:

Il 58.3% (N=224) con un punteggio <51 è considerato Non alessitimico.

Il 26.8% (N=99) con un punteggio compreso tra 51 e 60 è considerato con alessitimia indeterminata o borderline, mentre il 14.9% (N=55) con punteggio ≥ 61 è considerato alessitimico.

Per quanto riguarda il self-stigma (misurato attraverso lo SSOSH) il 31,4% (N=116) dei soggetti presenta una condizione di basso stigma (punteggi tra 10 e 22); il 54,7% (N=202) dei soggetti presenta una condizione di stigma medio (punteggi tra 23 e 32) e il 13,8% (N=51) dei partecipanti presenta una condizione di alto stigma (punteggi 33 e 50).

Quindi, la maggior parte dei partecipanti riferisce una condizione medio-alta di self-stigma (68,5%, N= 253) (vedi *Tabella 4.3*).

Tabella 4.3: Distribuzione dei partecipanti rispetto al self-stigma

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa
basso stigma	116	31.4	31.4
medio stigma	202	54.7	86.2
alto stigma	51	13.8	100.0
Totale	369	100.0	

4.4.2 Correlazioni

Di seguito sono riportati i risultati delle correlazioni tra le principali variabili prese in esame e tra queste e l'atteggiamento nei confronti della richiesta d'aiuto psicologico professionale.

Come è mostrato in *Tabella 4.4*, nonostante quasi la metà del campione riferisca una condizione di *distress* psicologico, le correlazioni tra tutte le dimensioni indagate dal PGWBI e l'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto, non sono risultate significative, ad eccezione dell'autocontrollo. Non sono associate con il punteggio globale di benessere, inoltre, anche l'ansietà dell'attaccamento e i fattori 1 e 2 dell'alessitimia.

Si evidenzia invece una correlazione negativa tra il PGWBI totale ed entrambe le dimensioni di attaccamento ovvero, evitamento ($r = -.310$; $p < .001$) e ansietà ($r = -.392$; $p < .001$); con la soppressione ($r = -.190$; $p < .001$); con il punteggio totale di alessitimia ($r = -.382$; $p < .001$) e con le prime due dimensioni del medesimo costrutto (F1: $r = -.421$; $p < .001$; F2: $r = -.297$; $p < .001$). Vi è inoltre una correlazione positiva tra PGWBI totale e la strategia del reappraisal ($r = .156$; $p < .01$).

Rispetto alle relazioni tra attaccamento, regolazione emotiva ed alessitimia emergono le correlazioni seguenti: rispetto all'associazione tra attaccamento e regolazione emotiva, si evidenzia solo una correlazione positiva tra ansietà e suppression ($r = .228$; $p < .01$) e tra evitamento e suppression ($r = .538$; $p < .01$).

Per quanto riguarda la relazione tra attaccamento e alessitimia sono state verificate delle correlazioni positive significative tra entrambe le dimensioni dell'attaccamento e tutte le dimensioni del costrutto di alessitimia misurato attraverso la TAS-20.

Infine per quanto riguarda la relazione tra alessitimia e regolazione emotiva, la strategia regolativa della *suppression* correla positivamente con l'evitamento ($r = .538$; $p < .001$) e con l'ansietà ($r = .228$, $p < .01$); il punteggio totale della TAS-20 ($r = .457$; $p < .01$) e con il primo ($r = .181$, $p < .01$), il secondo ($r = .521$, $p < .01$) e il terzo fattore della TAS-20 ($r = .355$; $p < .01$). La strategia di regolazione emozionale del *reappraisal* correla negativamente con il punteggio totale della TAS-20 ($r = -.137$; $p < .01$) e con il punteggio relativo al terzo fattore TAS-20 ($r = -.222$; $p < .001$),

Saranno ora riportati risultati inerenti le correlazioni tra l'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico professionale misurato mediante l'ATPPSHS-SF e le altre variabili.

Innanzitutto l'atteggiamento correla negativamente con lo stigma personale, misurato mediante lo strumento SSOSH ($r = -.594$; $p < .001$) e questa correlazione risulta essere la più forte tra quelle individuate tra le variabili studiate. Inoltre l'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto correla negativamente con lo stigma degli altri significativi, misurato mediante lo strumento PSOSH ($r = -.144$; $p < .01$); e con la scala che misura l'evitamento legato all'attaccamento ($r = -.161$; $p < .01$); con la scala dello strumento ERQ che misura il livello di *suppression* nella regolazione emotiva ($r = -.250$; $p < .001$); con l'indice totale dello strumento che misura i livelli di alessitimia TAS-20 ($r = -.143$; $p < .01$) e con il terzo fattore della TAS-20 ($r = -.335$; $p < .001$).

Si evidenzia una correlazione positiva tra l'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico e la scala dello strumento ERQ che misura il livello di *reappraisal* nella regolazione emotiva ($r = .113$; $p < .05$).

Riassumendo, dall'analisi delle correlazioni, le variabili che risultano significativamente correlate all'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico sono: in primo luogo, il *self stigma* a cui segue lo stigma degli altri significativi; la strategie di regolazione emozionale della *suppression* e del *reappraisal*; l'alessitimia; l'evitamento legato all'attaccamento.

Tabella 4.4: Correlazioni tra atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto e le altre variabili indagate

Variabili	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 Attegg. ricerca di aiuto	-																	
2 Distress Totale	-.010	-																
3 PGWBI_Ansia	.020	.829***	-															
4 PGWBI_Depressione	-.050	.824***	A	-														
5 PGWBI_Positività e Benessere	-.018	.844***	A	A	-													
6 PGWBI_Autocontrollo	-.108*	.801***	A	A		-												
7 PGWBI_Salute Generale	-.006	.631***	A	A	A	A	-											
8 PGWBI_Vitalita'	.080	.831***	A	A	A	A	A	-										
9 Evitamento	-.161**	.310***	A	A	A	A	A	A	-									
10 Ansietà	.015	.392***	A	A	A	A	A	A	.454***	-								
11 Reappraisal	.113*	.156***	A	A	A	A	A	A	-1.00	-.095	-							
12 Suppression	-.250***	.190***	A	A	A	A	A	A	.538***	.228***	.060	-						
13 Totale Alessitimia	-.143**	.382***	A	A	A	A	A	A	.490***	.478***	.137***	.457***	-					
14 F1 (Difficoltà nell'identificare i sentimenti)	.046	.421***	A	A	A	A	A	A	.322***	.542***	-.082	.181***	.779***	-				
15 F2 (Difficoltà nel comunicare i sentimenti)	-.079	.297***	A	A	A	A	A	A	.461***	.317***	-.019	.521***	.824***	.489***	-			
16 F3 (Pensiero)	-	-.102	A	A	A	A	A	A	.322***	.169***	-	.355***	.630***	.156**	.362***	-		

operatorio)	.335***									.222***							
17 Self stigma	-																
	.594***	-.089	A	A	A	A	A	A	.218***	.128**	-.100	.261***	.255***	.056	.213***	.341***	-
18 Stigma degli altri significativi	-.144**	-															
		.138***	A	A	A	A	A	A	.230***	.265***	-.028	.196***	.237***	.159***	.208***	.169***	.364***

*p<.05

**p<.01

***p<.001

A= vedi la tabella completa in Appendice

Per quanto riguarda, invece, le relazioni tra le due tipologie di stigma e le altre variabili emergono i seguenti risultati: innanzitutto, il *self stigma* correla positivamente con lo stigma degli altri significativi, misurato mediante lo strumento PSOSH ($r = .364; p < .001$); con la scala relativa all'evitamento legato all'attaccamento ($r = .218; p < .001$); con la scala che misura la strategia di regolazione emotiva della *suppression* ($r = .261; p < .001$); con il punteggio TAS-20 totale ($r = .255; p < .001$) e con il punteggio relativo al terzo fattore della TAS-20 ($r = .341; p < .001$).

Lo stigma degli altri significativi correla positivamente con la scala relativa all'evitamento legato all'attaccamento ($r = .230; p < .001$); con il *reappraisal* ($r = .265; p < .001$), con la *suppression* ($r = .196; p < .001$); con la il punteggio totale della TAS-20 ($r = .237; p < .001$) e con il terzo fattore della TAS-20 ($r = .169; p < .01$).

4.4.3 Regressioni

A partire dall'analisi delle correlazioni significative sono state effettuate delle regressioni lineari multiple con la finalità di avvicinarci ad un modello esplicativo delle possibili relazioni tra tutte le variabili prese in esame.

Per questa parte di analisi, si è scelto di considerare solo le variabili legate alla regolazione emotiva, all'alessitimia e allo stigma poiché sono quelle più fortemente associate all'atteggiamento verso la richiesta d'aiuto, mentre si è deciso di escludere il benessere e/o distress percepito in quanto non è emersa un'associazione con l'atteggiamento e l'attaccamento, in quanto è emersa solo una debole correlazione con l'evitamento.

Sono state effettuate tre regressioni lineari multiple: la prima considera come variabile dipendente l'atteggiamento, mentre le altre i mediatori.

Nella prima regressione lineare multipla, i cui risultati sono riportati in *Tabella 4.5*, l'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico, misurato mediante l'ATPPSHS-SF, è stato posto come variabile dipendente. Invece, come predittori, sono state inserite le seguenti variabili: l'indice totale della TAS-20; il punteggio ottenuto alla scala dello strumento ERQ che misura la strategia di regolazione emotiva della *suppression* e il punteggio ottenuto alla scala che misura la strategia di regolazione emotiva del *reappraisal*, del medesimo strumento. Infine, come mediatori, sono stati considerato i punteggi totali di PSOSH e di SSOSH, che misurano rispettivamente lo

stigma degli altri significativi e il *self stigma*. In questo modo sono stati ricavati due modelli: il primo, comprensivo della variabile dipendente e dei predittori; il secondo invece, ha incluso variabile dipendente, predittori e mediatori.

Il primo modello, comprensivo dei predittori, quindi dell'indice totale dell'alessitimia, del livello di *suppression* e di *reappraisal* (R-quadrato adattato = .072)⁷ spiega il 7,2% della variabilità dell'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto. Inoltre la frazione di varianza spiegata da questo modello risulta essere statisticamente significativa per $F(3,365) = 10,46$ $p < .001$. Il modello comprensivo dei predittori non è forte tanto quanto quello che prevede l'aggiunta dei due mediatori. Quest'ultimo spiega il 36,9 % della variabilità dell'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico (R-quadrato adattato = .369). Anche in questo caso, la frazione di varianza spiegata dal modello risulta essere statisticamente significativa per $F(5,363) = 44,12$ $p < .001$.

Tabella 4.5: Coefficienti relativi alla prima regressione

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	sig.
	B	Errore std.	Beta		
1. (Costante)	27.778	1.943		14.296	.000
REAPPRAISAL	.788	.319	.127	2.471	.014
SUPPRESSION	-1.293	.291	-.253	-4.441	.000
TAS_TOTALE	-.005	.028	-.010	-.178	.858
2. (Costante)	38.227	1.806		21.169	.000
REAPPRAISAL	.455	.264	.073	1.725	.085
SUPPRESSION	-.746	.244	-.146	-3.053	.002
TAS_TOTALE	.032	.024	.065	1.354	.179
SSOSH_TOTALE	-.527	.041	-.598	-13.020	.000
PSOSH_TOTALE	.173	.088	.088	1.969	.050

a. Variabile dipendente: ATPPSHS_TOTALE

Come riportato in tabella da questa prima regressione emerge innanzitutto che i livelli di alessitimia, misurati mediante il punteggio totale della TAS-20, non risultano essere significativi, cioè l'alessitimia non sembra influenzare direttamente l'atteggiamento nei confronti della richiesta d'aiuto. Per quanto riguarda la regolazione emotiva, invece, sia la

⁷ Per ogni regressione rimando alle tabelle inerenti al riepilogo del modello, riportate in appendice.

strategia del *reappraisal* sia la strategia della *suppression* risultano significative, ovvero sembrano avere un ruolo diretto nell'influenzare l'atteggiamento.

Nella seconda parte del modello di regressione è possibile studiare il ruolo delle precedenti variabili aggiungendo il ruolo delle variabili mediatrici, ovvero il self stigma e lo stigma da parte degli altri significativi.

I livelli di *suppression*, con l'aggiunta dei mediatori, continuano a rimanere significativi: da $\beta = -.253$ ($p < .001$) a $\beta = -.147$ ($p < .01$); per ogni variazione unitaria dei livelli di *suppression*, la variabile dipendente, ovvero l'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico, varia significativamente e in modo negativo ($\beta = -.146$, $p < .01$). Con l'aggiunta dei mediatori la strategia del *reappraisal* diventa non significativa da $\beta = .127$ ($p < .05$) a $\beta = .073$ ($p > .05$). Il *self stigma* risulta essere la variabile significativa con un impatto più forte sull'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto: infatti, per ogni variazione unitaria della variabile *self stigma* l'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico varia significativamente e in modo negativo ($\beta = -.598$; $p < .001$). Inoltre, il *self stigma* è una variabile più significativa e con un effetto più consistente rispetto alla seconda variabile posta come mediatrice ovvero lo stigma associato alle valutazioni delle persone significate della propria vita, che si avvicina alla significatività.

La seconda regressione multipla, i cui risultati sono riportati in *Tabella 4.6*, ha considerato il ruolo della variabile risultata essere più significativa nella prima regressione ovvero il *self stigma*, ponendola come variabile dipendente e considerando il ruolo delle tre variabili poste precedentemente come variabili predittrici: il punteggio totale della TAS-20 e i punteggi relativi alle strategie di *suppression* e *reappraisal*. Il modello spiega il 9,2% della variabilità della variabile dipendente, ovvero il *self stigma* (R-quadrato adattato = .092). La frazione di varianza spiegata dal modello risulta essere statisticamente significativa $F(3,365) = 13.41$ $p < .001$.

Tra le tre variabili predittrici, il livello di *suppression* ($p < .01$) e l'indice totale della TAS-20 risultano essere significativi ($p < .01$). Ad ogni variazione unitaria della soppressione, il *self stigma*, varia in modo statisticamente significativo e positivamente, ovvero aumenta ($\beta = .196$). Anche nel caso dell'indice totale della TAS-20 è possibile osservare la sua influenza positiva rispetto al *self stigma* ($\beta = .153$). Ad ogni variazione unitaria della variabile *reappraisal*, la variabile dipendente, ovvero il *self stigma*, varia negativamente, ma in modo non significativo.

Tabella 4.6: Coefficienti relativi alla seconda regressione

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	<i>t</i>	sig.
	<i>B</i>	Errore std.	<i>Beta</i>		
<i>I. (Costante)</i>	21.361	2.179		9.805	.000
<i>REAPPREISAL</i>	-.640	.357	-.091	-1.791	.074
<i>SUPPRESSION</i>	1.135	.327	.196	3.476	.001
<i>TAS_TOTALE</i>	.085	.032	.153	2.695	.007

Variabile dipendente: SSOSH_TOTALE

È stata fatta un'ulteriore regressione per valutare il ruolo delle variabili predittive rispetto allo stigma degli altri significativi misurato mediante il PSOSH, variabile posta come dipendente (vedi Tabella 4.7). In questo caso il modello, comprensivo dei tre predittori, spiega il 5,8% della variabilità della variabile dipendente (R quadrato adattato = .058). La frazione di varianza spiegata dal modello risulta essere statisticamente significativa ($p < .001$). In questo modello, l'unica variabile che risulta essere significativa è quella relativa al punteggio totale della TAS-20: ad ogni variazione dell'indice totale della TAS-20, lo stigma associato alla valutazione delle persone significative varia positivamente ($\beta = .185, p < .01$). La *suppression* tende alla significatività. Anche in questo caso per ogni sua variazione lo stigma varia positivamente ($\beta = .112$).

Tabella 4.7: Coefficienti relativi alla terza regressione

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	<i>t</i>	sig.
	<i>B</i>	Errore std.	<i>Beta</i>		
<i>I. (Costante)</i>	4.732	1.007		4.701	.000
<i>REAPPREISAL</i>	-.030	.165	-.009	-.181	.857
<i>SUPPRESSION</i>	.294	.151	.112	1.947	.052
<i>TAS_TOTALE</i>	.047	.015	.185	3.196	.002

Variabile dipendente: PSOSH_TOTALE

4.4.3 Modelli di equazioni strutturali

Nella fase finale delle analisi dei dati sono stati realizzati dei modelli di equazioni strutturali (Corbetta, 2002), tramite il programma LISREL.

Nello specifico, sulla base delle significatività emerse nelle analisi preliminari, delle ipotesi teoriche e con la finalità di osservare quali variabili condizionino l'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico, sono state proposte come variabili predittrici la *suppression*, il *reappraisal* e l'indice totale dell'alessitimia e come mediatori il *self stigma* e lo stigma degli altri significativi. In particolare, s'ipotizza che la strategia di regolazione emotiva della soppressione abbia un effetto diretto sull'atteggiamento e indiretto attraverso i mediatori relativi allo stigma, così come la rivalutazione cognitiva e l'alessitimia. Si vuole infatti replicare e verificare i risultati degli studi di Cheng e Vogel; inoltre si ritiene che le strategie di gestione delle emozioni intervengano in un momento precedente nel processo di richiesta d'aiuto in quanto sono modalità che si sviluppano nei primi anni della crescita dell'individuo e poi si organizzano, modificano e strutturano in tutto l'arco della vita, che possono poi avere un impatto sullo stigma: i soggetti che tendono a inibire maggiormente alle proprie emozioni o a non riconoscerle potrebbero adottare con più probabilità una visione stigmatizzante di sé qualora chiedessero aiuto, in quanto la consulenza psicologica li metterebbe nella situazione da loro più temuta, nella quale è richiesto di entrare in contatto con le proprie emozioni oppure potrebbero aderire alla visione stigmatizzante della società (soprattutto nel caso dei giovani adulti, in cui il gruppo dei pari e familiare contano ancora molto nella definizione della propria identità) a causa del pensiero concreto che caratterizza l'alessitimia. Tutti questi aspetti potrebbero a loro volta avere dunque un peso additivo sull'atteggiamento verso la richiesta d'aiuto.

Utilizzando questa procedura è stato ottenuto un modello saturo (vedi *Figura 4.2*) da cui sono state escluse tutte le relazioni che non significative, ricavando in questo modo un modello finale (vedi *Figura 4.3*). Gli indici di adattamento del modello sono buoni, ciò significa che i dati sono compatibili con il modello ipotizzato: 4 gradi di libertà; χ^2 pari a 4.162 ($P = 0.384$); RMSEA pari a 0.0105 ($0 \leq \text{RMSEA} \leq .05$); NNFI pari a 0.998 ($.97 \leq \text{NNFI} \leq 1.00$); CFI pari a 1.00 ($.97 \leq \text{CFI} \leq 1.00$).

Figura 4.2: Modello saturo

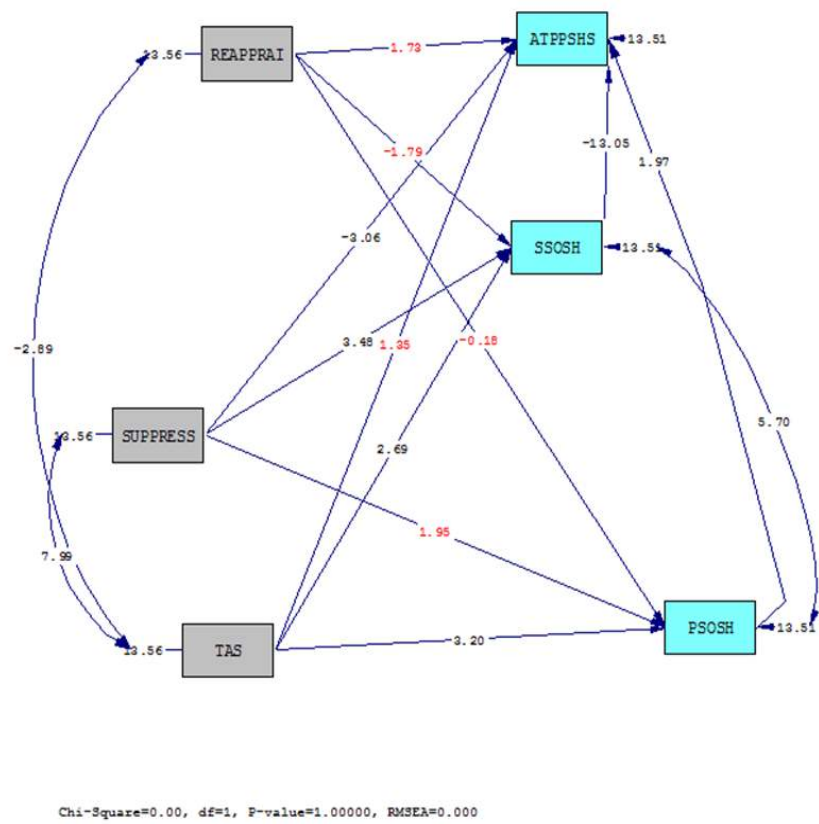
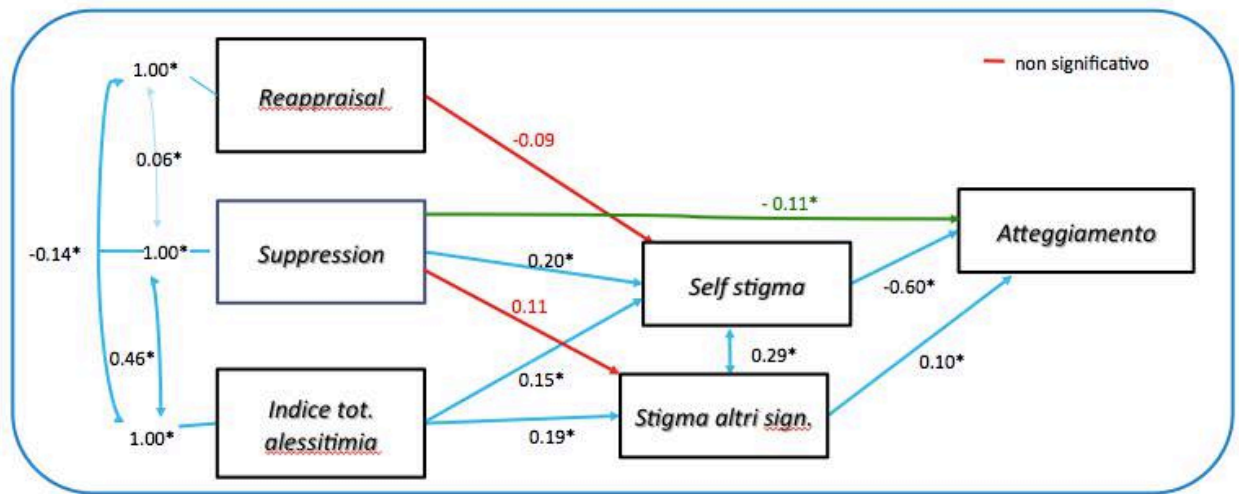


Figura 4.3: Modello finale



Nel modello saturo, i valori delle relazioni di dipendenza o i valori delle correlazioni non significativi, sono evidenziati con il colore rosso. Questi valori non risultano essere significativi poiché inferiori a 1.96 per $\alpha = .05$.

Nel modello finale (Figura 4.3) non sono comprese le seguenti relazioni non significative: la relazione tra *reappraisal* e atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico; la relazione tra *reappraisal* e stigma degli altri significativi; la relazione tra indice totale di alessitimia e atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico.

Il modello finale comprende comunque alcune relazioni risultate essere non significative: *reappraisal* e *self stigma*; *suppression* e stigma associato alle valutazioni delle persone significative.

La relazione di dipendenza più forte è quella presente tra il *self stigma* e la richiesta di aiuto ($\beta = -0.60$): si tratta di una relazione con segno negativo, ciò significa che all'aumentare del *self stigma* diminuisce l'atteggiamento positivo nei confronti della richiesta di aiuto psicologico.

Anche lo stigma degli altri significativi influenza l'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto ma i dati che si riferiscono a questa relazione risultano essere contrastanti rispetto alle nostre ipotesi: si evidenzia infatti una relazione di dipendenza poco significativa e soprattutto, in contrasto con le nostre supposizioni, positiva ($\beta = 0.10$).

La *suppression*, come strategia di regolazione emotiva, ha un ruolo diretto sull'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto e indiretto attraverso il mediatore

del *self stigma*. Possiamo osservare una relazione di dipendenza negativa tra *suppression* e atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico ($\beta = -0.11$); inoltre, possiamo notare anche una relazione di dipendenza positiva tra *suppression* e *self stigma* ($\beta = 0.20$). Pertanto la regolazione dell'espressione emotiva, in termini di *suppression*, ha un ruolo sostanzialmente indiretto sulla richiesta di aiuto poiché le relazioni dirette sono significative ma deboli.

Per ciò che concerne la strategia del *reappraisal* possiamo osservare una relazione di dipendenza negativa con il *self stigma*, tuttavia non particolarmente significativa ($\beta = -0.09$) tanto da essere indicata nel modello saturo come non significativa.

L'alessitimia influenza i due mediatori che pertanto, dipendono da essa: in particolare possiamo osservare una relazione di dipendenza positiva tra alessitimia e il *self stigma* ($\beta = 0.15$) e tra alessitimia e stigma degli altri significativi ($\beta = 0.19$).

Oltre alle relazioni di dipendenza possiamo anche notare delle correlazioni (indicate nella figura con le frecce bidirezionali). L'alessitimia correla positivamente con la *suppression* ($\beta = 0.46$): a livelli più elevati di alessitimia aumenta la *suppression*, e viceversa. L'alessitimia correla negativamente con la strategia del *reappraisal* ($\beta = -0.14$): ciò significa che ad elevati livelli dell'una, l'altra diminuisce. Risultano essere correlati positivamente anche *self stigma* e stigma degli altri significativi ($\beta = 0.29$).

Riassumendo, ciò che emerge è: un effetto diretto della soppressione sull'atteggiamento e un effetto indiretto della stessa attraverso il *self stigma*; un effetto indiretto dell'alessitimia sull'atteggiamento, attraverso *self stigma* e stigma degli altri significativi.

Per quanto riguarda lo stigma degli altri significativi, è possibile osservare solo un effetto indiretto dell'alessitimia e non ci sono invece effetti indiretti significativi di *reappraisal* e della *suppression*: la regolazione emotiva non attraversa questo mediatore, dunque questo tipo di stigma non sembra intervenire nella relazione tra competenza emotiva e atteggiamento nei confronti della richiesta d'aiuto, se non per l'alessitimia.

Il *self stigma*, invece, media di più tutte le relazioni tra vari aspetti della competenza emotiva (alessitimia e *suppression*) e atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico. Pertanto le variabili della *suppression* e dell'alessitimia condizionano il *self stigma*, il quale, a sua volta, condiziona l'atteggiamento.

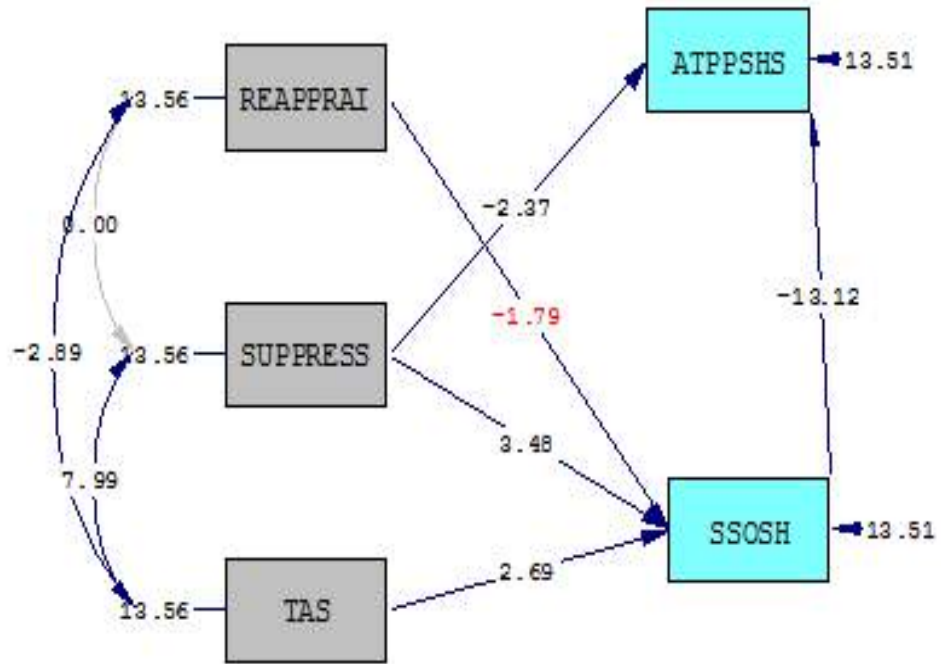
Infine, poiché nel modello emerge una relazione positiva tra stigma degli altri significativi e atteggiamento, abbiamo scomposto il modello finale in due modelli (vedi *Figura 4.4* e *Figura 4.5*) che prendano in esame separatamente le due tipologie di stigma e il loro

effetto sulla variabile dipendente, seguendo l'ipotesi che la relazione tra stigma degli altri significativi e atteggiamento diventi positiva (si inverte dunque di segno rispetto alle analisi correlazionali preliminari) in quanto il suo effetto all'interno del modello sia minore e sia sopraffatto dal forte effetto del *self stigma*. Dalla scomposizione dei modelli abbiamo effettivamente riscontrato la validità della nostra ipotesi: separando il *self stigma*, dallo stigma degli altri significativi, risulta una relazione di dipendenza negativa tra quest'ultimo e l'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto; relazione, che nel modello precedente veniva offuscata dall'effetto più pregnante del *self stigma*.

Anche in questo caso, per entrambi i modelli, gli indici sono buoni e i dati sono compatibili con il modello. Il modello relativo al *self stigma* (vedi *Figura 4.4*) prevede: 3 gradi di libertà; X^2 pari a 4.838 ($P = 0.184$), quindi un rapporto X^2 e gradi di libertà compreso tra 0 e 2; $RMSEA$ pari a 0.0410 ($0 \leq RMSEA \leq .05$); $NNFI = 0.979$ ($.97 \leq NNFI \leq 1.00$); CFI pari a 0.994 ($.97 \leq CFI \leq 1.00$).

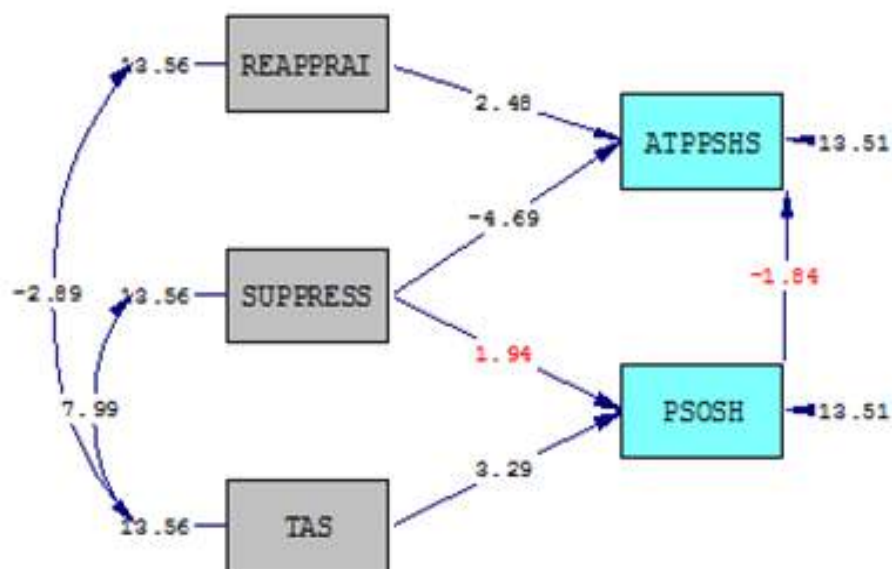
Il modello relativo allo stigma associato alle valutazioni di persone significative (vedi *Figura 4.5*) prevede: 3 gradi di libertà; X^2 pari a 0.0488 ($P = 0.997$), quindi un rapporto X^2 e gradi di libertà compreso tra 0 e 2; $RMSEA$ pari a 0.0 ($0 \leq RMSEA \leq .05$); $NNFI$ pari a 1.064 ($.97 \leq NNFI \leq 1.00$); CFI pari a 1.000 ($.97 \leq CFI \leq 1.00$).

Figure 4.4: Modello scomposto relativo al self stigma



Chi-Square=4.84, df=3, P-value=0.18408, RMSEA=0.041

Figura 4.5: Modello scomposto relativo allo stigma degli altri significativi



Chi-Square=0.05, df=3, P-value=0.99718, RMSEA=0.000

4.5 Discussione

Il progetto di ricerca descritto in questo lavoro ha avuto lo scopo di indagare quali fattori influenzano l’atteggiamento verso la richiesta di aiuto psicologico.

Pertanto, in primo luogo, è stata indagata la relazione tra l’atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico professionale, lo stigma associato a tale ricerca, considerando due delle sue diverse manifestazioni, la percezione della propria salute psicologica, l’attaccamento, la regolazione emotiva e l’alessitimia.

Infine, è stato realizzato un modello che considera tutte queste variabili unitamente, esplorando le diverse relazioni tra di esse.

La necessità di porsi, da professionisti, degli interrogativi circa le relazioni tra queste variabili, nasce da una precisa osservazione: la letteratura segnala l’esistenza di un bisogno inascoltato di supporto psicologico. È opportuno specificare che prima ancora che si creino le possibilità per accogliere la sofferenza psicologica, il bisogno di supporto non viene neppure espresso oppure viene dirottato altrove (Molinari, Pagnini, Catelnuovo, Lozza & Bosio, 2014).

I risultati emersi saranno discussi seguendo l'ordine delle ipotesi proposte nel paragrafo obiettivi.

Per quanto riguarda la prima ipotesi dalla letteratura esaminata nei precedenti capitoli è emerso che per cercare aiuto è necessario che la persona percepisca un distress psicologico significativo (Cameron et al., 1993; Vogel et al., 2006; Elliot et al., 2015; Saunders, 1993). Pertanto, si è ipotizzato che la percezione di un distress psicologico, si accompagni ad un atteggiamento più favorevole nei confronti della richiesta di aiuto psicologico professionale.

I punteggi ottenuti nel questionario che misura lo stato di benessere o distress hanno mostrato un quadro coerente con quanto emerge in diversi studi condotti sulla popolazione dei giovani adulti. In particolare, si rileva che quasi la metà del campione percepisce uno stato di distress psicologico e che per una consistente percentuale di soggetti quest'ultimo sia valutabile come moderato o severo. Tale risultato conferma il fatto che la transizione all'età adulta costituisce un periodo di stress che può rappresentare il precursore dello sviluppo di sintomi psicologici (Rickwood et al., 2005).

Nonostante però circa la metà dei partecipanti riferisca una condizione di *distress* psicologico, questo non sembra influenzare l'atteggiamento verso la richiesta d'aiuto.

Pertanto, l'ipotesi secondo cui la percezione di un disagio psicologico considerevole correla con un atteggiamento più positivo nei confronti della richiesta d'aiuto, risulta essere falsificata. Sembrerebbe infatti che il fatto di avvertire una condizione di stress non costituisca un elemento sufficiente a motivare le persone a richiedere un aiuto psicologico. Questo dato potrebbe dipendere dal peso maggiore di altre variabili che sono risultate più predittive rispetto all'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto; come se, quindi, rifacendoci ai principali modelli sulla richiesta d'aiuto, nonostante vi sia la consapevolezza di una sofferenza psicologica, vi siano però altri aspetti che influenzano l'idea di poter chieder aiuto ad un professionista.

Analizzando, infatti, le correlazioni tra il questionario di benessere e le altre variabili analizzate emerge che la percezione di benessere correla negativamente con evitamento, ansietà, soppressione ed alessitimia, cioè all'aumentare di queste dimensioni diminuisce il livello di benessere, mentre correla positivamente con il reappraisal. Si può ipotizzare che la presenza di elevati punteggi di evitamento, il conseguente ricorso a strategie meno funzionali di regolazione emotiva quali la suppression e la presenza di un quadro alessitimico possano fraporsi come ostacolo alla richiesta di aiuto, impedendo che la

percezione cosciente di uno stato di bisogno esiti concretamente nella scelta di rivolgersi ad uno psicologo per affrontare il problema. È come se i partecipanti percepissero un malessere, ma per le caratteristiche proprie di evitamento, soppressione ed alessitimia, per esempio, potrebbero non esprimerlo. Secondo la letteratura, infatti, ansietà ed evitamento si associano spesso allo sviluppo di difficoltà psicologiche e distress, ma i soggetti con elevato evitamento possono mostrare comunque una sfiducia nei confronti dell'aiuto psicologico come possibile soluzione a questo malessere e in linea con i modelli operativi interni sviluppati che propendono per una risoluzione autonoma del proprio disagio, una minore attenzione rispetto ai propri sintomi e ad una tendenza a reprimere i vissuti di stress, anche per mantenere un'adeguato livello di autostima. Le persone evitanti sono spesso restie a riconoscere il proprio distress arrivando spesso a negarlo completamente (Fraley & Shaver, 1997) e a queste strategie difensive si lega un mancato riconoscimento della necessità di ricorrere all'aiuto di un professionista della salute mentale. Rispetto alla dimensione dell'ansietà si evidenzia un'associazione negativa molto forte con la percezione di uno stato di benessere psicologico che attesta come a fronte di elevati livelli di ansietà dell'attaccamento le persone sperimentino un maggiore distress nella propria vita. Rispetto a suppression e reappraisal i risultati sono in linea con quanto affermato negli studi, ovvero che la soppressione delle emozioni si associa ad un maggiore malessere in quanto vengono sopprese anche le emozioni positive e quindi intaccato il livello globale di benessere soggettivo mentre la rivalutazione cognitiva si associa ad un maggiore benessere, apertura emotiva e vissuti positivi, risultando una strategia più adattiva nel favorire una maggiore soddisfazione di vita (Troy et al. 2010, Haga et al. 2009, Cutuli 2014). Anche in questo caso per la soppressione si può dire che non consente di eliminare la percezione di una condizione di malessere essendo una strategia che va ad agire sulla risposta emotiva cercando di negarla o attenuarla non consente di accettare le emozioni provate e di trovare una soluzione per rileggerle in chiave differente e lavorare per risolverle, presupposto di base di una terapia. Quindi pur riconoscendo un malessere queste persone ipoteticamente sarebbero portate a preferire una inibizione, un apparente mascheramento dello stesso e una gestione degli aspetti comportamentali della risposta emotiva piuttosto che una rivalutazione della percezione delle emozioni vissute. Infine rispetto all'alessitimia il fatto che i soggetti percepiscano un forte distress è coerente con tutti gli studi che vedono questi soggetti estremamente in allerta rispetto alla propria condizione di salute e alla sintomatologia che avvertono. Risulta inoltre in linea con gli

studi il fatto che non abbiano un'attitudine positiva nei confronti dello psicologo in quanto la maggior parte di queste persone non riesce ad attribuire una percezione di malessere ad un vissuto di disagio psicologico ed emotivo.

Un'altra importante sezione dei risultati è quella che riguarda la seconda ipotesi, ovvero le correlazioni tra attaccamento, regolazione emotiva ed Alessitimia, che nonostante aprano la strada verso un filone di ricerche altro rispetto all'aiuto psicologico, permettono di riflettere su quelle teorie che propongono l'attaccamento come una teoria della regolazione emotiva e giustificano l'idea di associare queste tre componenti nel più generale costrutto di competenza emotiva.

In particolare rispetto alle relazioni tra (a) *attaccamento e regolazione emotiva* l'ipotesi è stata verificata solo parzialmente: è risultato che il ricorso alla suppression correla positivamente sia con la dimensione dell'ansietà sia con quella dell'evitamento. Mentre per quanto riguarda la scala che misura il reappraisal i punteggi non hanno ottenuto un'adeguata significatività statistica. Tuttavia la direzione di questi ultimi prevedeva una correlazione negativa con entrambe le dimensioni dell'attaccamento.

Le ricerche condotte sul tema non hanno ancora chiarito in maniera definitiva le possibili relazioni tra questi costrutti in particolare per quanto concerne la dimensione dell'ansietà. Ad un livello prettamente teorico si potrebbe ipotizzare una relazione negativa tra ansietà e reappraisal in quanto tale strategia presuppone un livello di flessibilità cognitiva che spesso i soggetti ansiosi non possiedono a fronte di situazioni particolarmente cariche dal punto di vista emotivo che vengono generalmente vissute con una forte esasperazione e partecipazione emotiva (Fraley & Shaver, 2000; Cassidy, 1994; Mikulincer & Shaver, 2003). Sebbene i risultati della nostra ricerca non possano considerarsi significativi rispetto a questa dimensione, sembrano andare nella direzione teoricamente ipotizzata. Per quanto riguarda la correlazione positiva ottenuta tra ansietà e soppressione, una possibile ipotesi esplicativa chiama in causa l'influenza di fattori di mediazione quali la prevalenza di ansietà o evitamento nel proprio partner sentimentale (Winterheld, 2015). Secondo questa ipotesi interpretativa la relazione tra ansietà ed evitamento dell'attaccamento e ricorso a specifiche strategie di regolazione emotiva non può essere compresa ad un livello assoluto ma può variare sulla base di fattori contestuali. In particolar modo alcuni teorici ipotizzano che nella relazione con un partner evitante, che mostra scarso coinvolgimento ed esaspera le distanze, le persone ansiose possano difendere la stabilità della relazione e proteggersi da un eventuale rifiuto, inibendo la propria espressività emotiva (Tucker &

Anders, 1998). Per avere una visione maggiormente completa del legame diretto o indiretto tra queste variabili nelle ricerche future andranno presi in esame anche ulteriori possibili elementi di mediazione.

Per quanto concerne la dimensione dell'evitamento abbiamo ipotizzato, in linea con i principali studi sul tema, che potesse associarsi ad un utilizzo massiccio della soppressione (Gross & Jhon, 2003; Mikulincer & Shaver, 2003; Winterheld, 2015; Garrison et al., 2014; Brenning & Braet, 2013). Quest'ultima di fatto costituisce una delle possibili strategie di deattivazione emotiva riconosciute all'interno delle teorizzazioni offerte da Mikulincer & Shaver (2003) come caratteristiche dei soggetti con alti livelli di evitamento, in quanto consente loro di ridurre l'impatto emotivo delle situazioni stressanti negandole o minimizzandone l'entità. I risultati ottenuti confermano l'ipotesi di partenza mostrando una correlazione forte e positiva tra alti livelli di evitamento e il ricorso alla soppressione come strategia di regolazione emotiva, confermando l'associazione teorica tra questi due costrutti. Rispetto alle relazioni tra evitamento e reappraisal, quanto teorizzato nel modello di Gross (1998) consente di ipotizzare una relazione negativa tra queste due variabili dovuta al fatto che la rivalutazione cognitiva prevede uno sforzo di presa di coscienza da parte del soggetto sui fattori che elicitano la risposta emotiva e un attivo coinvolgimento nel modificare il significato di una situazione percepita come stressante, aspetto che viene generalmente aggirato dalle persone evitanti. Tuttavia, sebbene vadano nella direzione ipotizzata, i risultati da noi ottenuti non hanno raggiunto un sufficiente grado di significatività per poter confermare il legame negativo tra queste due variabili, probabilmente per l'influenza di altre variabili.

Rispetto alla relazione tra (b) *attaccamento e alessitimia* l'ipotesi è stata verificata: diverse ricerche sull'eziologia di quest'ultimo costrutto sono state condotte ricorrendo al modello esplicativo della teoria dell'attaccamento ipotizzando un'influenza delle precoci relazioni con il caregiver primario nel determinare le perturbazioni nella gestione degli affetti caratteristiche del quadro alessitimico. Le ricerche hanno confermato in maniera unanime l'esistenza di una relazione negativa tra l'alessitimia e la sicurezza dell'attaccamento (Besharat et al., 2014; Hexel, 2003) e dall'altra parte una relazione positiva con la presenza di stili di attaccamento insicuro derivati da esperienze con figure di riferimento poco responsive o assenti e perciò incapaci di fornire un adeguato rispecchiamento all'espressione delle emozioni del bambino (Troisi et al., 2001; Montebanarocci et al., 2004; De Rick & Vanheule, 2006; Picardi et al., 2005).

In accordo con Meins et al. (2008) considerare unicamente il punteggio totale della TAS-20 può mascherare importanti differenze tra i tre fattori nel loro legame con evitamento e ansietà. Approfondendo la questione attraverso le analisi delle specifiche dimensioni che compongono il costrutto dell'alessitimia, questo studio ha confermato i risultati di Wearden et al (2003, 2005) e di altre ricerche sul tema (Láng, 2010; Montebanocci et al., 2004; Picardi et al., 2005; Wearden et al., 2005) nel mostrare come la difficoltà a identificare le emozioni e descriverle siano correlate all'evitamento e all'ansietà dell'attaccamento. Nello specifico si è potuto concludere che sia l'ansietà sia l'evitamento si associano ai fattori difficoltà ad identificare le emozioni (tas F1) sia difficoltà a descrivere le emozioni (F2). Inoltre il nostro studio è in linea con i risultati evidenziati da Meins (2008), Lang (2010) e Oskis (2013) secondo cui è stata evidenziata una connessione anche relativamente alla componenti cognitive di tale costrutto, ovvero il pensiero concreto, orientate alla realtà esterna (F3). Quest ultimo fattore rientra nella sfera cognitiva, mentre gli altri due in quella più propriamente affettiva (Montebanocci et al., 2004, Oskis et al., 2013).

L'ansietà ottenga una correlazione ancora più forte con le prime due dimensioni che rilevano una difficoltà marcata nel riconoscere e comunicare i sentimenti rispetto all'ultima. Questo dato è in linea con quanto riscontrato nella ricerche (Szpak & Bialecka-Pikul, 2015; Láng, 2010; Gomille, 2001) e conferma come un'iperattivazione incontrollata del sistema di regolazione emotiva (Mikulincer e Shaver, 2003) può provocare delle difficoltà nel tenere sotto controllo i propri sentimenti, nel riconoscere le diverse sfumature emotive vissute e nel trovare le parole adeguate per comunicarle agli altri. Per quanto riguarda l'evitamento le correlazioni sono marcate con tutti e tre i fattori, soprattutto con il secondo, la dimensione che misura la difficoltà a comunicare i sentimenti, riaffermando come una minore capacità di fornire descrizioni a carattere emotivo possa essere un esito comune a coloro che sviluppano un attaccamento insicuro (Láng, 2010; Cassidy & Kobak, 1988; Griffin & Bartholomew, 1994).

Infine, rispetto alle relazioni tra (c) *l'alessitimia e il ricorso a specifiche strategie di regolazione emotiva* quali il reappraisal e la suppression, si può ipotizzare che le difficoltà emotive riscontrate nel disturbo alessitimico possano associarsi ad un maggiore utilizzo della suppression e ad un minore ricorso al reappraisal. Questo sulla base dell'idea che i deficit nella sfera emotiva caratteristici dell'alessitimia possano accompagnarsi all'utilizzo di strategie meno funzionali ed efficaci volte alla rimozione della componente emotiva

delle situazioni. I risultati da noi ottenuti sono in linea con quanto emerso nelle principali ricerche, confermando una correlazione significativamente positiva tra alessitimia e suppression e una correlazione significativamente negativa tra alessitimia e reappraisal (Chen et al., 2011; Laloyaux et al., 2015; Swart et al., 2009). Si può inoltre notare che tutti i tre fattori dell'alessitimia correlino positivamente con la strategia della soppressione, rafforzando l'ipotesi di base di un forte legame tra questi costrutti, mentre solo la dimensione che misura il pensiero operatorio correla anche negativamente in maniera significativa con il reappraisal.

La terza ipotesi dello studio voleva sondare le implicazioni dell'attaccamento nella richiesta d'aiuto. Coerentemente con la letteratura, in particolare con lo studio condotto da Vogel e Wei (2005), l'attaccamento evitante è correlato negativamente con l'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto; tuttavia, questa relazione non era risultata particolarmente significativa nei modelli per cui è stata esclusa, forse perché oscurata dalle altre variabili.

Nella nostra ricerca abbiamo ipotizzato che la prevalenza di una forte componente di ansietà potesse favorire l'attitudine a richiedere aiuto. Questo in linea con il presupposto teorico secondo cui le persone ansiose sviluppino modelli operativi interni svalutanti di sé stesse che le portano a percepirsi inadeguate e incapaci nel far fronte in maniera autonoma alle difficoltà e al contempo maturino una visione estremamente positiva e salvifica dell'altro che le porta ad enfatizzare i propri bisogni di aiuto e dipendenza nelle relazioni (Pietromonaco & Barrett, 2000; Mikulincer et al., 2003). Nella ricerca sul tema i risultati rispetto alla componente di ansietà sono piuttosto incerti e discordanti, rilevando in particolare il peso di alcune variabili di mediazione, quali l'apertura emotiva (Dozier, 1990), il riconoscimento dei sintomi e il supporto sociale (Vogel & Wei, 2005), la valutazione dei rischi e dei benefici connessi alla terapia (Shaffer et al., 2006) e il self-stigma (Cheng et al., 2015; Zhao et al., 2015), nel condizionare con esiti differenti la relazione con la predisposizione a richiedere un aiuto psicologico. Nella nostra ricerca non si sono osservate delle relazioni statisticamente significative tra la dimensione dell'ansietà e l'attitudine nei confronti della richiesta di aiuto e questo può essere imputabile, in linea con la maggior parte delle ricerche, all'importanza centrale ricoperta dai fattori di mediazione nell'influenzare indirettamente il rapporto tra ansietà e richiesta di aiuto.

In secondo luogo si può attribuire questo risultato al metodo sperimentale utilizzato che, coinvolgendo unicamente l'utilizzo di strumenti self-report, può aver fatto prevalere aspetti di difesa o desiderabilità sociale dei soggetti.

Per quanto riguarda la componente dell'evitamento abbiamo ipotizzato che ad alti livelli di evitamento corrisponda un'attitudine maggiormente negativa nei confronti della richiesta di aiuto psicologico. Questo sulla base dei principali assunti della teoria dell'attaccamento che affermano come queste persone, a seguito di esperienze con caregiver poco responsivi ai propri bisogni, sviluppino e introiettino nel tempo la convinzione che le altre persone non possono rappresentare una valida fonte di aiuto e come questo li porti a svalutare l'importanza degli altri esasperando le proprie capacità di autodeterminazione (Pietromonaco & Barrett, 2000; Cassidy & Kobak, 1988; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). I risultati ottenuti sono in linea con quanto ipotizzato confermando una forte correlazione negativa tra i punteggi nella scala dell'evitamento e il punteggio totale all'ATSPPH-SF. Questo risultato corrobora la maggior parte della letteratura sul tema che ha evidenziato nelle persone con elevati livelli di evitamento un'attitudine maggiormente respingente nei confronti delle figure professionali e una riluttanza in generale nel porsi nella condizione di richiedere un aiuto esterno per risolvere un problema (Lopez et al., 1998; Dozier, 1990; Feeney & Ryan, 1994). Questa attitudine negativa nei confronti della richiesta di aiuto può essere imputabile a numerosi fattori. In particolare le ricerche hanno messo in risalto la minore apertura emotiva (Dozier, 1990) che in quanto universalmente riconosciuta tra le principali dimensioni in grado di agevolare la richiesta di aiuto (Vogel & Wester, 2003), può indirettamente influenzare in maniera negativa i comportamenti di aiuto di questi soggetti. Al contempo in letteratura sono risultate determinanti altre componenti che interagiscono con il processo di richiesta di aiuto quali: una minore attenzione ai propri sintomi e una minore capacità di riconoscere i segnali di distress psicologico (Vogel & Wei, 2005; Fraley & Shaver, 1997); la mancanza di un supporto sociale solido derivata dall'attitudine distanziante di queste persone che conduce a intrattenere per di più relazioni superficiali che esulano dalla vicinanza emotiva (Vogel & Wei, 2005); la percezione di maggiori elementi di rischio nel soppesare i rischi e benefici connessi alla terapia (Shaffer et al., 2006).

Rispetto alla quarta ipotesi, che voleva indagare le relazioni tra il ricorso abituale a due principali strategie di regolazione emotiva più e meno funzionali, ovvero il reappraisal e la suppression, come descritte all'interno del modello di Gross (1998) e l'attitudine a

richiedere un aiuto psicologico, non vi erano studi in letteratura su cui fare direttamente riferimento nella formulazione delle ipotesi di ricerca. Tuttavia, diverse ricerche hanno affermato come una minore capacità di gestione delle emozioni ed in particolare la paura di sperimentare situazioni ad alta reattività emotiva possano giocare un ruolo particolarmente inibente rispetto alla propensione a rivolgersi ad uno psicologo (Komija et al., 2000; Williams et al., 1997; Vogel et al., 2007). In linea con queste ricerche abbiamo ipotizzato che la soppressione, in quanto volta a reprimere un vissuto considerato minaccioso e indesiderabile per il sé, possa rappresentare una strategia regolativa antitetica alla richiesta di aiuto. I risultati confermano questa ipotesi evidenziando una correlazione negativa statisticamente significativa tra la scala del questionario ERQ che misura la soppressione delle emozioni e i punteggi totali dell'ATSPPH-SF che rileva l'attitudine nei confronti della richiesta di aiuto psicologico. Per quanto riguarda il ricorso al reappraisal, abbiamo ipotizzato che potesse correlare con un'attitudine maggiormente positiva nei confronti della richiesta di aiuto, sulla base del fatto che questa strategia regolativa consente al soggetto di ripensare alle situazioni vissute cercando un modo per modificarne il significato e l'impatto emozionale (Gross, 1998). Si può pensare che i soggetti che abitualmente ricorrono al reappraisal siano portati ad accettare i propri vissuti emotivi cercando non tanto di bloccarne l'insorgenza sul nascere ma di andare ad agire sulla loro interpretazione, modificando non solo il tipo di risposta comportamentale ma anche le credenze sviluppate in merito agli eventi stressanti. I risultati ottenuti confermano le nostre ipotesi di ricerca, evidenziando un legame significativamente positivo tra reappraisal e attitudine alla richiesta di aiuto psicologico.

Per quanto riguarda invece la quinta ipotesi relativa alle relazioni tra attitudine alla richiesta di aiuto psicologico e presenza del quadro alessitimico abbiamo ipotizzato che quest'ultima potesse avere un'incidenza negativa bloccando nelle fasi iniziali il processo di richiesta di aiuto. La capacità di comprendere le emozioni costituisce un precursore importante e decisivo per poter avviare un percorso di tipo psicologico ed in primis sviluppare l'intenzione di richiedere un aiuto professionale (Ciarrochi & Deane, 2001; Ciarrochi, 2001). I risultati ottenuti nella nostra ricerca confermano l'ipotesi di partenza evidenziando una correlazione negativa tra atteggiamento e il punteggio totale dell'alessitimia. Inoltre, andando a guardare le correlazioni emerse per ciascuna delle tre dimensioni del costrutto, risulta una forte correlazione negativa con la presenza di uno stile cognitivo orientato verso l'esterno (o pensiero operatorio, F3), mentre gli altri due

fattori (F1, Difficoltà nell'identificare i sentimenti e F2, Difficoltà nel comunicare i sentimenti) non risultano associati all'atteggiamento verso la richiesta d'aiuto.

Il quadro che emerge è interessante: la problematicità non è tanto nel non saper riconoscere i sentimenti e le emozioni e neppure nella sua espressione, quanto in una difficoltà ad accedere al proprio mondo interno dando un significato simbolico ai propri vissuti al di là della componente fattuale (pensiero operatorio). Un pensiero focalizzato prevalentemente sulle componenti fattuali della realtà costituisca un forte limite alla possibilità di riflettere e comprendere i propri vissuti, precursori imprescindibili della richiesta di aiuto psicologico. I soggetti alessitimici in cui è predominante questo fattore, infatti, sono elettivamente concentrati su tutto ciò che è esterno alla vita psichica. Sul piano cognitivo, ciò si manifesta attraverso un pensiero razionale che tende a illustrare azioni ed esperienze senza investimenti affettivi, come se l'individuo fosse spettatore più che attore della propria vita. L'attenzione è concentrata sui dettagli della realtà fattuale, di cui si riescono a descrivere i dettagli anche minuziosamente ma senza mai dare la sensazione all'osservatore che vi stiano partecipando emotivamente.

Questa difficoltà può compromettere l'attitudine nei confronti di un aiuto psicologico e una preferenza per trattamenti che implicano minor coinvolgimento emotivo.

Per quanto riguarda lo stigma, costruito centrale nella sesta ipotesi, si è voluto confrontare il nostro gruppo di partecipanti rispetto alle letterature di riferimento. Rispetto al self-stigma emerge che il 68,5% dei giovani adulti che hanno preso parte alla ricerca presenta una condizione medio-alta di stigma interiorizzato. Questo dato è in linea con la grande mole di studi in letteratura che indicano lo stigma come un forte ostacolo in questa fascia di popolazione per la ricerca d'aiuto. Inoltre l'associazione più forte incontrata nella ricerca è proprio quella tra self-stigma e atteggiamento verso la ricerca d'aiuto. Anche questo dato è coerente con la letteratura di riferimento, per cui lo stigma che accompagna la ricerca di un aiuto psicologico risulta essere la variabile che maggiormente inibisce la ricerca di aiuto stessa (Stefl & Prospero, 1985). Come abbiamo visto, esistono diverse tipologie di stigma tra cui le più citate sono lo stigma pubblico e il self stigma. Dagli studi descritti, emerge, in primo luogo una correlazione positiva tra queste due manifestazioni dello stigma e secondariamente il ruolo più preminente del self stigma rispetto allo stigma pubblico nell'influenzare l'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico (Bathie & Pryor, 2011; Ludwikowski et al., 2009; Vogel et al., 2007; Vogel et al., 2010; Vogel et al., 2013). È interessante uno studio recente condotto da Vogel e colleghi (2013)

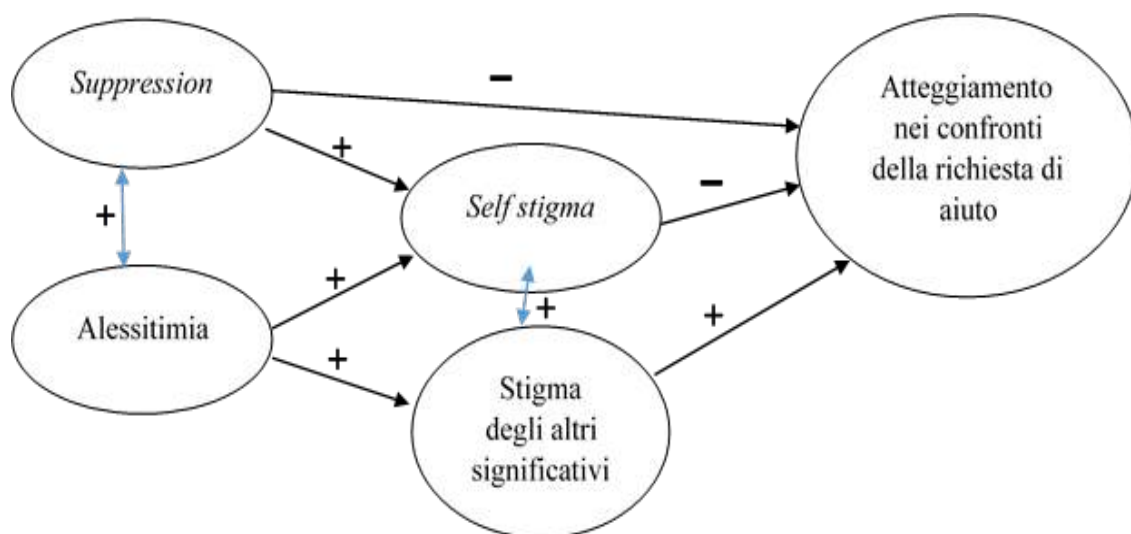
che ha confermato una maggiore rilevanza del self stigma ma anche il ruolo dello stigma pubblico nel determinare il self stigma, come sua interiorizzazione. Risultati simili sono stati riportati anche dagli studi che si sono occupati di sondare la relazione tra self stigma, stigma degli altri significativi e atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico (Choi & Miller, 2014; Ludwikowski et al., 2009; Reynders et al., 2014).

Risultano pertanto confermate le due prime ipotesi inerenti allo stigma, ovvero che livelli più elevati di self stigma si associano ad un atteggiamento meno favorevole nei confronti della ricerca di aiuto psicologico e che il self stigma impatta maggiormente sull'atteggiamento rispetto allo stigma associato alla valutazione di altri significativi.

Tuttavia, nella realizzazione dei modelli mediante la *path analysis*, è emerso un dato inaspettato: lo stigma degli altri significativi sembrava essere positivamente associato all'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto psicologico. Invece, la letteratura indica il contrario (Vogel et al., 2006), così come la correlazione emersa nelle analisi preliminari. Pertanto abbiamo realizzato dei modelli, separando gli effetti del self stigma e dello stigma associato alla valutazione di altri significativi, ipotizzando che l'effetto del self stigma fosse tanto forte da portare un cambiamento di segno, nel modello complessivo: anche questa ipotesi, realizzata nel corso dell'elaborazione dei risultati è risultata essere confermata e inoltre, supporta ulteriormente l'effetto molto forte del self stigma sull'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto.

Focalizzandoci infatti ora sul secondo obiettivo, identificato nella settima ipotesi, è stato possibile costruire il seguente modello finale:

Figura 4.6: Modello finale



L'ipotesi relativa al modello teorico proposto è stata parzialmente verificata, in quanto in reazione dei risultati sopra discussi non era giustificabile l'inserimento nel modello della percezione del distress e dell'attaccamento, inoltre, per quanto riguarda la regolazione emotiva, si può vedere che solo la soppressione influenza direttamente l'atteggiamento, e, infine, l'alessitimia, in cui gioca un ruolo significativo il terzo fattore, influenza l'atteggiamento solo indirettamente.

Nel modello realizzato con le variabili osservate, infatti, la soppressione e l'alessitimia seguono percorsi diversi nell'influenzare la ricerca di aiuto: la soppressione ha sia un'influenza diretta, sia indiretta attraverso il mediatore self-stigma, mentre l'alessitimia solo indiretta attraverso entrambi i mediatori, self stigma e stigma degli altri significativi.

Il ruolo, della *suppression*, seppur non diretto, è un aspetto di novità di questo lavoro, e meriterebbe ulteriori approfondimenti. Innanzitutto, ritengo interessante il fatto che la soppressione abbia un impatto sul *self stigma* e non tanto sullo stigma associato alle reazioni di altri significativi. Da un lato questo risultato potrebbe dipendere dalle caratteristiche della *suppression* che è una strategia utilizzata dal singolo per inibire le proprie manifestazioni comportamentali delle emozioni negative (Gross, 1998; Gross, 2001) e quindi avere un impatto significativo su questa tipologia di stigma, che riguarda prevalentemente la relazione con se stessi. Chi aderisce allo stigma, infatti, cerca di mantenere segreta la propria condizione. Il tentativo di celare la propria situazione stigmatizzata potrebbe realizzarsi anche mediante l'utilizzo di questa strategia.

Abbiamo visto che il self-stigma, infatti, è la strada alternativa ad una reazione di *empowerment* alla stigmatizzazione, caratterizzata da un aumento dell'autostima e del proprio senso di efficacia personale (Corrigan & Watson, 2002b). Secondo Rüsch, Angermeyer e Corrigan (2005) reazioni di *empowerment* si ricollegano al concetto di *disclosure*, ovvero all'apertura verso gli altri come strategia capace di apportare dei benefici ed una riduzione dello stress psicologico che deriva dal mantenere segreto il proprio disagio.

Dall'altro lato il risultato relativo all'alessitimia è coerente con lo studio di Sullivan e colleghi (2014), in cui il ruolo delle variabili studiate (conformità rispetto alle norme maschili, alessitimia, paura dell'intimità) è risultato essere piuttosto limitato nel predire la variazione dell'atteggiamento nei confronti della ricerca di aiuto. Pertanto gli autori hanno ipotizzato che variabili escluse dallo studio, come lo stigma, avessero un peso specifico maggiore rispetto a quelle prese in esame.

Per quanto riguarda lo stigma degli altri significativi, è possibile osservare solo un effetto indiretto dell'alessitimia e non ci sono invece effetti indiretti significativi di *reappraisal* e della *suppression*: la regolazione emotiva non attraversa questo mediatore, dunque questo tipo di stigma non sembra intervenire nella relazione tra competenza emotiva e atteggiamento nei confronti della richiesta d'aiuto, se non per l'alessitimia.

Il *self stigma*, invece, media di più tutte le relazioni tra vari aspetti della competenza emotiva (alessitimia e *suppression*) e atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico. Anche in questo caso il ruolo di mediatore dello stigma è parzialmente verificata, in quanto solo il self-stigma è un buon mediatore per tutte le variabili, mentre lo stigma by others solo per l'alessitimia.

La ricerca di aiuto psicologico implica un comportamento attivo finalizzato a cercare il supporto di un professionista come risposta ad un problema o ad un'esperienza dolorosa: per poterlo implementare è necessario che l'individuo percepisca una sofferenza e sia in grado di comunicarla agli altri per ricevere un supporto (Rickwood et al., 2005). Le persone che durante l'infanzia hanno appreso strategie di regolazione emotiva tese ad inibire l'espressione comportamentale dell'emotività (*suppression*, Gross, 1998, 2001) tenderanno ad evitare le situazioni come quelle che potrebbero configurarsi qualora un individuo decida di chiedere un aiuto psicologico, che comporta una serie di timori che vanno nella direzione opposta rispetto a quanto appreso e interiorizzato, ovvero nella direzione dell'apertura verso le proprie emozioni e dell'espressione dell'emotività (Komiya et al., 2000). Potrebbero allora aderire alla visione stigmatizzante di sé per poter mantenere una coerenza rispetto a quanto si è appreso, per cui attraverso l'adesione allo stigma permette di mantenere segreta la propria condizione di sofferenza (Rusch et al., 2005), conservando un adeguato senso di autostima ed efficacia personale. L'alessitimia, invece, può alterare la percezione del bisogno d'aiuto proprio nelle prime fasi della richiesta d'aiuto, ovvero quella in cui viene sperimentato il disagio (Vogel, 2006), in quanto a causa del pensiero razionale e dello stile cognitivo orientato a ciò che è esterno alla vita psichica potrebbe esservi una mancata attribuzione dei segnali di sofferenza ad un disagio psichico, inoltre a causa del pensiero conformistico potrebbe esserci la tendenza ad adeguarsi in modo acritico alle opinioni socialmente prevalenti (Porcelli & Todarello, 2005).

In conclusione, i risultati di questo studio, sembrano suggerire che la competenza emotiva, in termini di Alessitimia e regolazione emotiva potrebbero fungere da struttura

organizzativa di base nella decisione di richiedere un aiuto psicologico. I dati presentati estendono la letteratura precedente oltre a dimostrare che il legame tra competenza emotiva e atteggiamento è mediato dalla tendenza ad interiorizzare lo stigma associato alla richiesta di aiuto. I risultati sopra descritti suggeriscono agli psicologi quanto sia importante prendere in esame l'insieme di tutte queste variabili poiché un modello esemplificativo delle relazioni che intercorrono tra questi fattori potrebbe essere un valido strumento per guidare gli interventi finalizzati ad incrementare la richiesta di aiuto. In secondo luogo le considerazioni esposte hanno anche delle importanti ricadute cliniche.

Un'importante ricaduta applicativa è quella che emerge dallo studio di Owen e collaboratori (2013) già presentato nella parte teorica, secondo cui persone con elevati livelli di *self-stigma* presentano anche inferiori livelli di alleanza terapeutica, fattore che a sua volta influenza negativamente l'esito della terapia (Owen et al., 2013). Secondo gli autori questo dato potrebbe essere spiegato alla luce del fatto che il *self stigma* comporta un conflitto interno tra l'andare in terapia e l'idea che intraprenderla significhi ammettere di avere qualcosa di disfunzionale. Questo conflitto potrebbe tradursi nel fatto che la persona sia meno propositiva nel corso della terapia stabilendo livelli di alleanza terapeutica inferiori. Inoltre il *self stigma* sembra avere un effetto indiretto sugli esiti, mediato dall'effetto dell'alleanza terapeutica: ciò significa che un'importante obiettivo terapeutico potrebbe essere quello di stabilire una buona qualità dell'alleanza con quelle persone che presentano livelli elevati di *self stigma* (Owen et al., 2013).

Il clinico, quindi, deve saper valutare l'eventuale presenza dello stigma e conoscere quei fattori legati alla competenza emotiva che potrebbero esacerbarlo.

Certamente lo studio condotto non è esente da limiti. Un limite è sicuramente il fatto di aver utilizzato esclusivamente strumenti self-report di tipo quantitativo che possono, come è noto, attivare aspetti di difesa e desiderabilità sociale nei soggetti. Dall'altro lato, l'utilizzo di strumenti qualitativi avrebbe permesso di studiare più in profondità questo fenomeno. Nonostante la ricerca attuale si avvalga principalmente di questionari e interviste nel condurre indagini su larga scala in quanto consentono di raggiungere in maniera semplice e veloce un ampio numero di persone, negli ultimi anni numerosi studi hanno sottolineato l'importanza di un approccio multimetodo alla ricerca psicologica, che permetta di implementare i risultati dei self report attraverso l'integrazione con altri strumenti che indagano più in profondità ogni costrutti, comprese le componenti di cui si è meno consapevoli. In quanto strumenti autosomministrati i questionari si fondano sulle

capacità di autovalutazione e introspezione del soggetto oltre che sul desiderio di quest'ultimo di mostrare in maniera autentica alcuni aspetti di sé. Questo fa sì che tali strumenti siano fortemente condizionati dalla desiderabilità sociale, ovvero dalla tendenza a distorcere l'immagine di sé per adeguarsi alle aspettative proprie e altrui, elemento che non si è potuto controllare nella presente ricerca e che può averne condizionato l'esito.

Questo presupposto di base risulta particolarmente invalidante per quanto riguarda l'analisi di costrutti che implicano nella loro definizione dei deficit nella consapevolezza di sé (quali l'alessitimia) e una forte componente difensiva di evitamento (quali appunto la componente di evitamento dell'attaccamento o strategie di regolazione emotiva basate sulla soppressione) che possono inficiare la capacità di rispecchiare in un questionario la propria reale condizione. Sulla base delle ricerche che hanno osservato alcuni elementi di discrepanza tra quanto dichiarato nei self-report e gli effettivi comportamenti delle persone, sarebbe interessante in futuro avvalersi di metodi osservativi o misure implicite per indagare più in profondità le componenti sottese ai costrutti presi in esame e verificarne la congruenza con quanto emerso nel presente studio.

Nonostante saranno approfonditi i dati relativi ad altri partecipanti rispetto a coloro che hanno compilato gli strumenti di questa ricerca, spero di poter bypassare queste ultima criticità nelle ricerche presentate nei prossimi capitoli, soprattutto nella successiva, che si avvale anche di strumenti qualitativi.

I dati di cui sopra, sebbene preliminari, potrebbero gettare luce sul gap esistente tra sofferenza psicologica e richiesta d'aiuto, mettendo in evidenza, ad esempio, l'importanza della competenza emotiva, variabile che dovrà essere ulteriormente sondata. Il modello proposto, infine, potrebbe essere utile per orientare gli interventi volti ad aumentare la richiesta d'aiuto.

**Capitolo quinto: PERCEZIONE DELLO PSICOLOGO NELLE CURE
PRIMARIE E DI ALTRE FIGURE DI AIUTO NEI GIOVANI ADULTI:
UNO STUDIO ATTRAVERSO IL MODELLO DEL CONTENUTO
DEGLI STEREOTIPI**

*“Lo psicologo è come quando stai per prendere la tachipirina prima di collassare per il dolore,
sai che c'è, però non la vuoi prendere perché vuoi vedere fino a dove arrivi tu per vedere la tua
resistenza fisica e quindi alla fine sapevo che c'era,
ma lo tenevo proprio come ultima spiaggia.”*

Un partecipante alla ricerca

*“Mettere lo psicologo più vicino sicuramente porta benefici al paziente.
Perché adesso per andare da uno psicologo devi andare a cercare, c'è tutto un passaggio
abbastanza complicato, prima di affrontarlo uno ci pensa tre volte.
Mentre se lo psicologo te lo trovi nell'ufficio del medico, una volta che vai dal medico ce
l'hai nella porta accanto, bussi e sicuramente avvicina... sicuramente.”*

Un partecipante alla ricerca

“Non ci sarebbe più bisogno di vedere lo psicologo come un mostro, quello che mangia i bambini, ma ci sarebbe forse più apertura perché sarebbe come il medico, come se andando dal medico ti preoccupassi di chissà quale malattia invece il medico di base è una cosa più normale e la stessa cosa potrebbe succedere per lo psicologo.”

Un partecipante alla ricerca

“Se esistesse questa figura in Italia probabilmente io andrei lo stesso da uno privato perché lo riterrei più competente e affidabile perché quando in Italia una cosa è gratis e statale lascia sempre a desiderare per quanto riguarda la qualità”

Un partecipante alla ricerca

5.1 Introduzione

La percezione dello psicologo, di quanto avviene in terapia e delle altre figure di aiuto è inestricabilmente legata ad aspetti che riguardano la richiesta di aiuto psicologico e acquisisce una significativa valenza sul piano clinico, in quanto può determinare dei drop-out (Heilbrun, 1970) o inficiare l'efficacia dell'intervento (Goldstein, 1962).

Più in generale, ottenere una maggiore comprensione di ciò che le persone conoscono e pensano in riferimento ai professionisti della salute mentale, può indirizzare un eventuale intervento volto a modificare l'orientamento negativo verso la richiesta di aiuto (Fischer & Turner, 1970), nonché fornire indicazioni per promuovere degli adeguati progetti informativi inerenti le professioni di aiuto (Bram, 1997).

Considerando che il potenziale paziente è una persona che è in una situazione di difficoltà, anche il senso comune porta a valutare come più probabile l'evenienza che egli si rivolga ad un terapeuta degno di fiducia e stima. Nella seconda fase del processo di richiesta d'aiuto descritto da Vogel e colleghi (2006), in cui si generano una serie di opzioni comportamentali per affrontare il problema e la persona deve scegliere a chi chiedere aiuto, infatti, emergono come fattore d'influenza le conoscenze in merito alla salute mentale, alle differenti risorse professionali disponibili, al processo e all'efficacia della terapia. Entra qui in gioco il vissuto che la persona ha rispetto i professionisti della salute mentale e/o l'idea di poter fare affidamento solo sulle proprie risorse. Nella ricerca di Elliot e colleghi (2015) dopo il riconoscimento adeguato del problema, l'altra fase nella quale sono state riscontrate più difficoltà è quella in cui le persone devono decidere se la terapia può essere utile o meno. Le credenze negative sul percorso psicologico possono

portare le persone a sottostimarne i benefici e a sovrastimare i rischi e i costi legati ad un'eventuale richiesta di aiuto psicologico che viene perciò considerata come l'ultima spiaggia in caso di necessità (Vogel & Wester, 2003; Vogel et al., 2005). Abbiamo visto che le preoccupazioni rispetto ai professionisti della salute mentale e una sfiducia rispetto alle fonti d'aiuto e le conoscenze rispetto ai servizi di salute mentale sono dei notevoli fattori di ostacolo per la popolazione dei giovani adulti descritti nell'importante review di Gulliver (2010).

Alla luce di queste evidenze e da quelle già ampiamente esposte nel primo capitolo, nasce questa ricerca, che s'inserisce anch'essa all'interno del filone di ricerche che si occupa dell'atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico, che ha diverse componenti: il riconoscimento del bisogno di un aiuto psicologico, la tolleranza allo stigma, l'apertura interpersonale, fiducia negli operatori professionali (Fisher & Turner, 1970). Il presente studio in questo caso si prefigge di approfondire questo ultimo punto, indagando due obiettivi specifici, ovvero, da un lato, comprendere come viene percepito lo psicologo, quali sono le conoscenze sui professionisti della salute mentale e il personale contatto con queste figure e, dall'altro lato, studiare la percezione che i giovani adulti hanno rispetto alle figure implicate nella ricerca di aiuto, se vi sono analogie e differenze e come, tra queste, si inserisce la figura dello psicologo di cure primarie.

Abbiamo visto che tutti questi aspetti di ostacolo al contatto con lo psicologo fanno sì che il cittadino si rivolga primariamente al medico di base. L'elenco delle figure che si occupano di aiuto, però, non si esaurisce con quelle classicamente intese; nella nostra cultura va considerata anche la figura del sacerdote quale persona che si trova ad accogliere ansie e problemi dei fedeli.

5.1.1 Il sacerdote come figura di aiuto

Nonostante il clero sia poco studiato come risorsa di aiuto, esso rappresenta un'importante realtà che si trova a gestire la sofferenza psicologica (Mattis et al. 2007; Neighbors et al. 1998; Taylor et al. 2000, 2004; Chatters et al. 2011; Wang et al. 2003).

Oltre alle questioni abbastanza diffuse, quali problemi coniugali, familiari e altre preoccupazioni, i sacerdoti si trovano spesso ad essere consultati da persone affette da gravi disturbi psichiatrici o con problemi di abuso di sostanze. Recenti evidenze indicano che non c'è differenza nella richiesta di consultazione tra psichiatri e clero rispetto a tipo e severità dei disturbi (Wang et al. 2003). Gruppi emarginati, persone economicamente svantaggiate, minoranze razziali, immigrati (ma non solo) che hanno quindi risorse limitate, possono con maggior probabilità ricorrere al clero in caso di disagio mentale (Taylor et al. 2000).

I primi lavori volti ad indagare questo aspetto, indicarono che il 39% degli americani con significativi problemi personali, chiesero aiuto ad un membro del clero (Veroff et al. 1981). Similmente, ricerche più recenti evidenziarono come, per problemi legati alla salute mentale, venissero contattati più spesso membri del clero rispetto a psichiatri, psicologi, medici, counselor o assistenti sociali (Chatters et al. 2011; Wang et al. 2003).

Per esempio in uno studio su un gruppo di afro-americani (Chatters et al. 2011), il 21% dei partecipanti, con una significativa difficoltà personale, riportò di essersi rivolto ad un membro del clero per trovare sollievo alle proprie condizioni. Al secondo posto in termini di consultazioni con un 16.1% si trovava il medico di famiglia, seguito dagli psichiatri, consultati dal 9.4%, per finire con gli altri professionisti della salute mentale (psicologi ed assistenti sociali), interpellati dall' 8.7% dei partecipanti.

Rispetto all'abuso di alcool, Bohnert et al. (2010) trovarono che il 14.7% delle persone con questo problema si rivolgeva a membri del clero. Inoltre è emerso che il ricorso al clero è maggiore tra gli intervistati di colore rispetto ai bianchi, suggerendo che lo stesso possa essere sia un mezzo di accesso capace di agevolare la socializzazione di popolazioni tradizionalmente marginali, così come un punto di riferimento per servizi di aiuto.

Altri studi che hanno indagato il ruolo del clero, inserendolo nella più ampia tematica della ricerca di aiuto, hanno permesso di evidenziare i vari ambiti della richiesta stessa: i ministri erano chiamati a fornire risposte a varie tematiche esistenziali, tra cui il lutto (Neighbors et al. 1998), preoccupazioni mediche (Mattis et al. 2007), problemi relazionali, coniugali, conflitti familiari o situazionali di difficoltà come ad esempio, stress finanziario, disoccupazione, problemi abitativi e legali (Levin et al., 2005; Taylor et al. 2000).

Infine i risultati del National Co-morbidity Study indicano che il clero, con maggiore probabilità rispetto agli psichiatri, fornisce consulenza per i disturbi dell'umore e d'ansia, così come per disturbi da abuso di sostanze (Wang et al., 2003).

Un altro recente lavoro promosso da Taylor (2016), ha studiato la ricerca di aiuto verso membri clericali in una minoranza rappresentata dagli abitanti di colore dei Caraibi. Il 13.5% dei partecipanti, con importanti disturbi, indicò il clero come destinazione della propria ricerca di aiuto. La categoria "altri professionisti della salute mentale" fu preferita da una percentuale molto simile: il 13.3% indicò il medico di famiglia, il 13.1% lo psichiatra, il 10% altri dottori, il 5.5%, gruppi di auto aiuto etc. La ricerca, quindi, in linea con le altre, indica che il sacerdote svolge un ruolo importante nel fornire consulenza tra gli abitanti caraibici di colore (Chatters et al. 2011; Neighbors et al. 1998; Wang et al. 2003).

Generalmente, i membri del clero non hanno una formazione psicologica, per cui riferirsi a loro come fonti di aiuto per sofferenze fisiche o psicologiche può condurre ad almeno due elementi di criticità: la richiesta d'aiuto del sacerdote può ritardare l'individuazione della fonte competente nel trattare il disturbo lamentato; in secondo luogo, il ministro clericale può diventare una barriera che impedisce la ricerca di aiuto verso i vari professionisti. Questa spiacevole evenienza può sorgere nel caso in cui il sacerdote interpreti il "male" della persona attribuendolo a ragioni spirituali/religiose.

Spesso, come visto, la domanda rivolta al clero è inerente il lutto, tuttavia non è chiaro se i ministri siano formati per gestire queste situazioni specie nel caso in cui si verificasse un lutto prolungato o complicato. Inoltre, problemi di salute fisica, economici e legati all'umore, possono celare una sottostante psicopatologia o delle comorbidità che potrebbero non essere riconosciute da queste figure. Tuttavia, allo stato delle attuali conoscenze in materia di assistenza, sembra che il clero sia capace di promuovere efficaci relazioni di aiuto; inoltre questo servizio rimane gratuito ed accessibile a tutti (Taylor et al., 2000).

Questa figura, insieme ad altre più intuitivamente legate alla richiesta d'aiuto psicologico, saranno oggetto di studio della ricerca esposta in questo capitolo, che ne indaga eventuali analogie e differenze attraverso un questionario costruito a partire dal Modello del Contenuto degli Stereotipi (SCM, Modello; Fiske, Cuddy, Glick e Xu, 2002).

5.1.2 Il Modello del Contenuto degli Stereotipi (SCM)

Il modello teorico di riferimento dello Stereotype Content Model (SCM, Modello del Contenuto degli Stereotipi; Fiske, Cuddy, Glick e Xu, 2002; per una rassegna bibliografica si vedano anche: Cuddy, Fiske e Glick, 2008; e Fiske, Cuddy e Glick, 2007) è stato scelto in quanto, per le sue caratteristiche di potenziale universalità, permette il confronto tra vari professionisti della salute mentale e non.

Lo Stereotype Content Model (da qui in avanti, SCM) postula che la percezione sociale sia mediata da due fondamentali dimensioni (calore e competenza) e ha trovato riscontro in vari lavori cross-culturali e vuole qui essere impiegato in un campo nuovo che vede studiate le figure di aiuto. Il fine di adottare un simile modello è quello di colmare la lacunosa confrontabilità degli studi presenti in letteratura che, oltre ad essere piuttosto datati, non usano metodi standardizzabili; allo stesso tempo, la sua applicazione in questo ambito e con queste figure, rappresenta, in base alle mie conoscenze, una novità di cui la letteratura era orfana.

Secondo lo SCM, come è rappresentato in *Figura 5.1*, nelle relazioni intergruppi, due fattori di base - lo status socio- economico e il tipo di interdipendenza (cooperativa o competitiva) - generano le dimensioni di contenuto degli stereotipi, che si articolano intorno a due nuclei fondamentali: la competenza e il calore. Il modello prevede che la percezione della competenza sia legata allo status, mentre la percezione del calore alla qualità dell'interdipendenza. Se un gruppo di alto status è percepito cooperativo, viene valutato competente, caldo, fonte di ammirazione. Se è, invece, percepito competitivo, viene valutato competente, ma privo di calore. Il modello prevede che i contenuti degli stereotipi generino quattro modalità di pregiudizio, due ambivalenti - il pregiudizio invidioso e il pregiudizio paternalistico-, e due univalenti - il pregiudizio di ammirazione e il pregiudizio sprezzante, che hanno un impatto sul comportamento.

Figura 5.1: Combinazioni di status e competizione e corrispondenti forme di pregiudizio come funzione della percezione di calore e competenza (Fiske, Cuddy, Glick & Xu, 2002)

Warmth	Competence	
	Low	High
High	Paternalistic prejudice Low status, not competitive Pity, sympathy (e.g., elderly people, disabled people, housewives)	Admiration High status, not competitive Pride, admiration (e.g., in-group, close allies)
Low	Contemptuous prejudice Low status, competitive Contempt, disgust, anger, resentment (e.g., welfare recipients, poor people)	Envious prejudice High status, competitive Envy, jealousy (e.g., Asians, Jews, rich people, feminists)

Il pregiudizio invidioso ha come target gruppi di alto status (elevata competenza) con i quali si percepisce una relazione di competizione (basso calore): i membri dell'outgroup sono giudicati competenti, ma privi di calore; sono loro rivolte, contemporaneamente, emozioni negative e positive. Per definizione l'invidia è pertanto rivolta "verso l'alto" si accompagna ad antipatia e risentimento, compara simultaneamente l'attore e l'altro collocando quest'ultimo in una posizione vantaggiosa. L'invidia comporta ostilità la quale deriva dalla rappresentazione dell'outgroup percepito come posto illegittimamente in una posizione di superiorità, il sentimento svalutativo deriva invece da considerazioni sulla propria posizione ritenuta essere di inferiorità. In questo si legge anche una certa "ammirazione" verso il gruppo riconosciuto in definitiva come (più) competente. La presenza di competenza può condurre a facilitazioni passive espresse in atteggiamenti affiliativi volti a godere dei risultati raggiunti dall'outgroup.

Il pregiudizio paternalistico, invece, ha come target gruppi di basso status (bassa competenza) con i quali si percepisce una relazione di cooperazione (calore elevato): stereotipizza i membri del gruppo target come caldi, ma incompetenti; rivolge loro un misto di emozioni negative (pietà) e positive (simpatia). Se si ritiene che essi siano responsabili delle loro condizioni (come ad esempio in soggetti affetti da malattie sessualmente trasmissibili o in coloro che adottano una scorretta alimentazione), il sentimento di benevolenza loro rivolto viene ridotto, diverso invece il caso di persone disabili o malate, vittime di circostanze non controllabili (Weiner, 1985). Cadono nella medesima fattispecie soggetti in difficoltà economica i quali non possano essere ritenuti responsabili della loro condizione (Zucker & Weiner, 1993). La pietà è un sentimento

ambivalente che comprende compassione e tristezza oltre ad un implicito sentimento di superiorità derivato dalla valutazione dell'altrui condizione ritenuta negativa (Weiner, 2005). La presenza di calore, conduce a comportamenti facilitatori, tuttavia per evitare la sofferenza determinata dal sentimento di tristezza le persone possono attivare strategie di evitamento volte ad aumentare la distanza psicologica con i membri di tale gruppo.

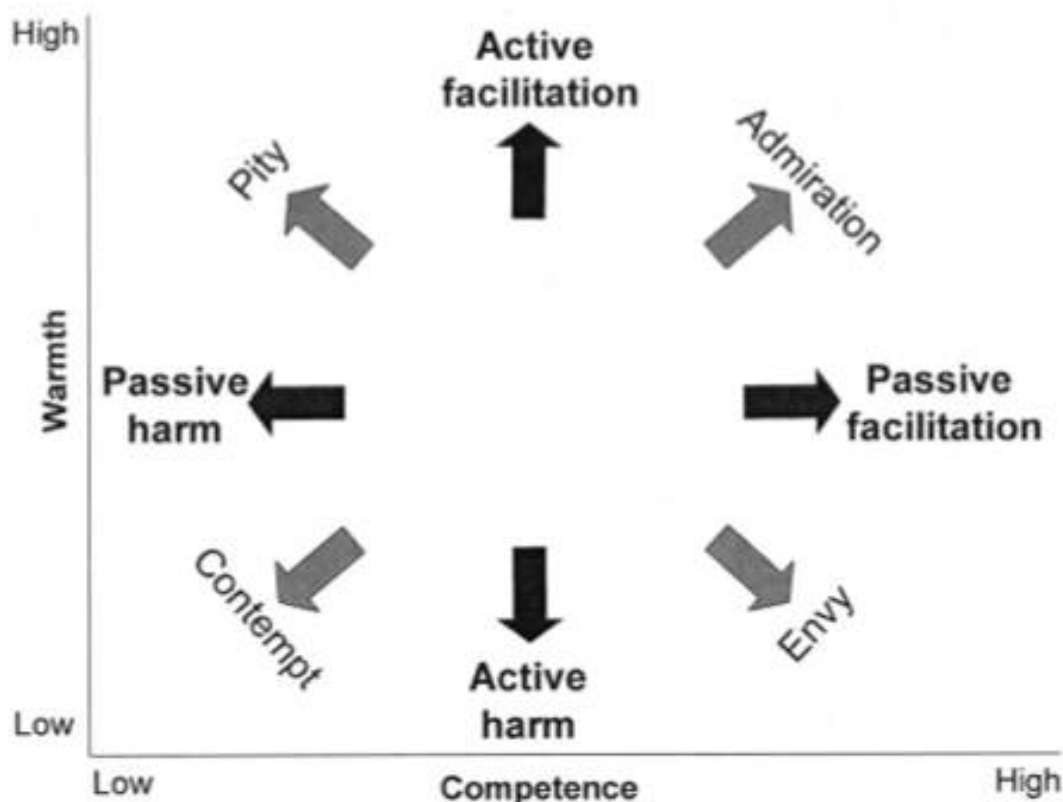
Il pregiudizio di ammirazione è rivolto a gruppi di alto status (elevata competenza) con i quali si percepisce una relazione di cooperazione (elevato calore): al gruppo target vengono attribuiti competenza e calore e rivolte emozioni positive. Essendo tale pregiudizio univalente, elevato in entrambe le dimensioni di calore e competenza, sarà caratterizzato da facilitazioni sia attive che passive: ammirazione ed orgoglio motivano infatti contatto e cooperazione.

Il pregiudizio sprezzante, infine, è rivolto a gruppi di basso status (bassa competenza) con i quali si percepisce una relazione di competizione (basso calore): stereotipizza, invece, i membri dell'outgroup come privi di calore e incompetenti; è collegato ad emozioni negative e a comportamenti di evitamento ed esclusione. Gruppi interessati da tale pregiudizio evocano rabbia, disprezzo, disgusto, odio e risentimento. La rabbia è diretta verso gruppi ritenuti responsabili delle loro precarie condizioni e visti come un salasso per la società in quanto rei di sprecare importanti risorse (Weiner, 2005). Il pregiudizio sprezzante comporta emozioni specifiche, come ad esempio disgusto e risentimento morale che deriva dalla percezione di ingiustizia, indignazione, amarezza verso ciò che è giudicato come illegittimo. L'ingiustizia evoca sia rabbia che disgusto verso un comportamento visto come immorale e volto ad impedire il raggiungimento dei propri obiettivi (Mikula et al., 1998). La percezione di mancanza di calore così come di competenza conduce a danni sia attivi che passivi; possono attivarsi azioni passivamente nocive, comportamenti condiscendenti (Brewer & Alexander, 1999), trascuratezza (Weiner, 2005), aumento di distanza od esclusione e rifiuto (Roseman et al., 1994; Rozin et al., 1999). Il disgusto motiva anche i tentativi di distogliere uno stimolo nocivo da un campo percettivo, suscitando il desiderio di rimuoverlo (Plutchik, 1980; Roseman et al., 1994).

La BIAS MAP (Cuddy et al., 2007) estende il modello SCM considerando gli esiti derivati dalle valutazioni di calore e competenza nelle interazioni sociali. La risposta comportamentale sembrerebbe essere mediata dall'emozione la quale può funzionare da innesco nell'attivare il comportamento attraverso la cognizione (Frijda et al., 1989). In

base a tale teoria, una volta costituiti i quattro pregiudizi derivati dalla combinazione di calore e competenza (funzione cognitiva/percettiva), gli stessi saranno associati, come si può vedere nella *Figura 5.2*, a specifiche emozioni che condurranno a determinati esiti comportamentali.

Figura 5.2 Rappresentazione schematica della BIAS MAP: gli stereotipi di competenza e calore sono riportati rispettivamente nell'asse x e y; le emozioni sono rappresentate dalle frecce grigie, mentre le tendenze comportamentali dalle frecce nere (Cuddy et al., 2007).



Il modello è stato corroborato da una serie di ricerche che hanno mostrato la distribuzione di vari gruppi nei quattro quadranti. Fiske et al. (2002) hanno, ad esempio, trovato che nella società statunitense alcuni gruppi (ricchi, femministe, uomini d'affari, asiatici, ebrei) sono percepiti più competenti che caldi, altri (casalinghe, disabili, addetti alle pulizie, assistiti dai servizi sociali) più caldi che competenti. Altri lavori hanno riguardato la percezione sociale delle donne (Cuddy et al., 2004; Eckes, 2002), degli anziani (Cuddy et al., 2005), dei gay (Clausell & Fiske, 2005), dei gruppi sociali a livello cross-culturale (Cuddy et al., in corso di stampa).

Lo SCM ha trovato quindi riscontro in ricerche cross-culturali ed attraverso l'uso delle sue dimensioni, è capace di fornire la descrizione dei gruppi sociali: ha la peculiarità di entrare all'interno del contenuto degli stereotipi definendo, come esposto, emozioni ed atteggiamenti; non si limita pertanto a trattare dinamiche di generico vantaggio verso il proprio ingroup ed ostilità rivolta all'outgroup.

D'altro canto, la presente vuole essere una ricerca che utilizza una metodologia recente, figlia di una teoria altrettanto giovane che pertanto consente l'uso di nuovi strumenti capaci di produrre visioni più ricche in merito alla percezione dei professionisti della salute mentale.

5.1.3 Obiettivi

Il primo obiettivo di questa ricerca è di approfondire l'opinione e le conoscenze relative ai professionisti della salute mentale ed eventuali precedenti contatti con essi, anche da parte del sistema di riferimento del partecipante.

Il secondo obiettivo è quello di esplorare se esistano stereotipi differenziati di sei figure implicate nella richiesta di aiuto psicologico (lo psicologo nelle cure primarie, lo psicologo che opera a livello privato, lo psichiatra, il medico di base, l'assistente sociale e il sacerdote) e come questi si dispongano nei quadranti previsti dallo SCM.

Nelle relazioni di aiuto, infatti, avviene un processo molto personale che abbraccia anche il versante emotivo: accettazione e fiducia diventano pertanto prerequisiti indispensabili. Individui che si aspettino di realizzare un simile rapporto col loro terapeuta mostrano un atteggiamento positivo verso la richiesta di aiuto, mentre la mancanza di tali componenti chiave è di ostacolo per detto processo (Kakhnovets, R., 2011). Diventa quindi centrale comprendere, in termini di calore e competenza, come le varie figure legate all'aiuto professionale vengano percepite proprio dalle persone appartenenti alla fascia d'età più delicata e quali emozioni elicitano (tra disgusto, ammirazione, compassione e invidia), così da poter predire le successive tendenze comportamentali.

Più precisamente, le ipotesi che hanno guidato la ricerca sono le seguenti:

- 1) Innanzitutto si è voluto esplorare quali fossero le conoscenze e i precedenti contatti con alcune figure d'aiuto dei giovani adulti del territorio veneto; ci si aspetta di confermare i risultati della letteratura in merito agli ostacoli rispetto alla ricerca d'aiuto.

- 2) Anche se la figura dello PCP non è ancora attiva in Italia e quindi non è possibile basarsi su un'esperienza diretta con essa, l'ipotesi è che, sulla base della letteratura internazionale e nazionale esposta nei precedenti capitoli, tale figura, dopo una sua idonea descrizione, sia percepita positivamente. Ci si aspetta, quindi, di trovare elevati punteggi sia nella dimensione di calore sia nella dimensione di competenza percepita e un'emozione prevalente di ammirazione;
- 3) Psicologo e psichiatra, sono invece spesso confusi (Webb & Speer, 1985) anche se i secondi spesso vengono ritenuti più competenti dei primi (Schindler et al., 1987; Warner & Bradley 1990; Fall et al., 2000). Altri studi ancora confermano il vantaggio in competenza dello psichiatra, dipingendo però come maggiormente empatici gli psicologi (Warner & Bradley 1990). È verosimile attendersi differenze tra calore e competenza nelle due figure con un vantaggio in termini di competenza nello psichiatra, con un'emozione di invidia (basso calore-alta competenza) ed un maggior calore percepito nello psicologo, con un'emozione associata di compassione (alto calore-bassa competenza) oppure di ammirazione (alto calore-alta competenza): non è ancora chiaro, infatti, come venga percepito il ruolo psicologico in termini di competenza.
- 4) Medico di base ed assistente sociale generalmente non sono indicate come figure specialistiche nel trattare disturbi psichici (Schindler et al., 1987; Fall et al., 2000), anche se abbiamo visto che le persone si rivolgono primariamente al medico di famiglia per un problema psicologico e/o relazionale. L'attesa è di trovare punteggi inferiori sulla dimensione di competenza rispetto agli psicologi ed allo psichiatra, almeno per quanto riguarda l'assistente sociale; non è invece chiaro come si potrebbero attestare in termini di calore percepito. Anche l'ipotesi relativa alle emozioni è esplorativa.
- 5) Come visto in letteratura, anche i ministri del clero sono indicati come figure di aiuto (Schindler et. al., 1987; Murstein et al., 1993; Chatters et al., 2011; Taylor et al., 2011), tuttavia essi non sono considerati competenti in relazione a disturbi importanti. È verosimile aspettarsi bassi punteggi in competenza; come per il punto precedente, i dati presenti in letteratura non consentono di fare previsioni in merito alla dimensione di calore. Anche l'ipotesi relativa all'emozione elicitata rimane quindi esplorativa, anche se con una maggior propensione verso le

emozioni di compassione (alto calore-bassa competenza) o disgusto (basso calore-bassa competenza).

5.2 Metodo

5.2.1 Partecipanti

Alla ricerca hanno partecipato 244 giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 28 anni, con età media di 23,53 anni ($DS=3.26$). Gli uomini rappresentano il 60,66% ($N=148$); le donne il 39,34% ($N=96$).

Per quanto riguarda il titolo di studio l'8,19% ($N=20$) ha la licenza elementare, il 59,43% ($N=145$) è diplomato, e il 31,56% ($N=77$) è laureato, mentre lo 0,82% ($N=2$) non ha risposto. Il 38,93% ($N=95$) dei partecipanti studia all'università, mentre il restante 61,6% ($N=149$) è composto da lavoratori o disoccupati (4,92%).

5.2.2 Strumenti

Ai partecipanti alla ricerca sono stati proposti i seguenti strumenti:

- Un questionario in presenza, in cui sono le domande sono state lette ad alta voce al partecipante dal ricercatore e il giovane adulto era chiamato a rispondere oralmente in maniera il quanto più possibile libera e sincera: non si tratta, dunque, di un'intervista in profondità e ho scelto di utilizzare il termine questionario in presenza invece di intervista. Le domande facevano riferimento alle conoscenze rispetto ai professionisti della salute mentale, al precedente contatto con essi, e alla personale idea rispetto alla nuova figura dello psicologo nelle cure primarie o psicologo di base (l'intervista completa è riportata nell'Appendice B). Alcuni esempi di domande sono: "Conosce la differenza tra uno psicologo e uno psicoterapeuta. Se sì, qual è?", oppure "Si è mai rivolto ad uno psicologo nel passato?", oppure "Qualora in futuro desiderasse andare da uno psicologo, saprebbe a chi rivolgersi?". L'unica domanda aperta era quella riferita al proprio personale vissuto rispetto allo psicologo di base. Nella tesi è stato utilizzato il termine psicologo delle cure primarie per avvicinarsi alla letteratura internazionale

di riferimento. Negli strumenti utilizzati in questa ricerca, però, si è preferito usare il termine “psicologo di base”, per uniformarsi invece alla terminologia adoperata nel territorio veneto (si veda ad esempio la delibera inerente la sperimentazione veneta) e non creare confusione nei partecipanti, qualora fossero già venuti a conoscenza di tale ruolo professionale.

Per presentare questa figura è stata utilizzata la seguente dicitura:

“Lo psicologo di base è una nuova figura professionale attiva in diversi Paesi Europei, ma non ancora ufficiale in Italia, che lavora nello studio del medico di base. È inserito nel Sistema Sanitario Nazionale, che offre, così come per il medico di base, un servizio gratuito per il cittadino, che è coperto dall’assicurazione sanitaria. Il cittadino quindi può effettuare delle sedute gratuite con lo psicologo, che è disponibile per tutti all’interno dello studio del medico, così come avvengono i normali consulti con il medico di base.”

- Un questionario self-report, in cui è stato applicato il Modello del Contenuto degli Stereotipi (SCM) a sei figure professionali, presentate ad ogni partecipante in ordine sparso:
 - Psicologo nelle Cure Primarie o psicologo di base
 - Psicologo Psicoterapeuta (PP) o psicologo privato
 - Psichiatra (Ps)
 - Medico di Base (MdB)
 - Assistente Sociale (AS)
 - Sacerdote (S)

La scelta di presentare le figure indagate in ordine non costante, evitando quindi di realizzare vari “plichì” aventi tutti il medesimo ordine, deriva dalla necessità di controllare l’eventuale schema di ripetizione che qualche partecipante avrebbe potuto adottare durante la compilazione. Mi riferisco in particolar modo a soggetti che avrebbero potuto optare per attribuire un determinato punteggio ad una certa figura riproducendo meccanicamente quello schema anche per le successive.

I partecipanti si chiedeva di valutare le sei professioni mediante 6 item che misuravano il calore (per esempio, “Secondo la sua opinione, quanto è caloroso lo Psichiatra?”) e 6 item che misuravano la competenza (per esempio, “Secondo la sua opinione, quanto è competente lo Psichiatra?”), valutando su una scala a 7 punti (dove “1” indicava “per niente”, mentre “7” significava “moltissimo”) quanto ognuno degli aggettivi proposti descriveva il proprio modo di percepire la

figura indagata. Gli aggettivi che misurano la dimensione di calore sono: “caloroso/a”, “socievole”, “gradevole”, “piacevole”, “cordiale”, “amichevole”, mentre quelli che misurano la dimensione di competenza sono: “competente”, “efficiente”, “intelligente”, “abile/esperto/a”, “sicuro/a”, “capace”. Gli item sono stati ricavati da Fiske, Cuddy, Glick, and Xu (2002, Study 2).

Nella seconda parte del questionario ai partecipanti è stato chiesto d’indicare in quale misura associassero quattro diverse emozioni (ammirazione, disgusto, compassione e invidia) ad ogni figura professionale, facendo riferimento anche in questo secondo compito alla scala a 7 punti dove “1” indicava “per niente”, mentre “7” significava “moltissimo”. Le emozioni proposte sono state ricavate da Cuddy et al. (2007).

Si troverà in appendice e in alcuni grafici la dicitura Psicologo Psicoterapeuta: l’idea iniziale era quella di differenziare lo psicologo di base dallo psicoterapeuta; dopo pochi questionari in presenza, però, mi sono accorta che la maggior parte dei partecipanti alla ricerca non conosceva neppure la differenza tra psicologo e psicoterapeuta. Mi sono trovata dunque a dover modificare il questionario in corso d’opera per non inficiare la successiva raccolta dei dati, modificando la dicitura “psicologo psicoterapeuta” in “psicologo che opera a livello privato”. Facendo questa specificazione mi è sembrato che risultasse più chiara la distinzione con lo psicologo di base, che invece opererebbe nel pubblico nello studio del medico di base.

- Infine sono state raccolte le informazioni sociodemografiche

La strumentazione completa è riportata in appendice B.

La presentazione del metodo di analisi dei dati e dei risultati emersi seguiranno il seguente ordine: dapprima saranno approfonditi i dati relativi al questionario in presenza, poi quelli relativi al SCM, separati per le dimensioni di calore e competenza e per le emozioni.

5.2.3 Procedura

I partecipanti alla ricerca sono stati reperiti mediante il metodo di campionamento a catena, prevalentemente per mezzo di conoscenze personali e passaparola. A coloro che rientravano nei criteri d’inclusione dello studio, ovvero di far parte della categoria dei giovani adulti, è stato illustrato lo scopo della ricerca, spiegando che i dati sarebbero stati

trattati in forma anonima. L'unico criterio di esclusione adottato nel presente lavoro è legato al percorso di studio dei partecipanti. Si è infatti ritenuto opportuno escludere chi frequenta o ha frequentato la facoltà di psicologia, di medicina, di servizio sociale e di seminariato, considerando la loro formazione come elemento che avrebbe potuto influenzare la loro percezione circa determinate figure di aiuto. Come scriverò in discussione, questo potrebbe essere anche considerato un limite e una futura ricerca potrebbe includere anche studenti con questa formazione per poterli confrontare con i partecipanti del presente studio.

A coloro che hanno deciso di aderire al progetto, previa firma del consenso informato per la raccolta e il trattamento dei dati, sono state proposte alcune domande inerenti la loro percezione, conoscenza e precedenti contatti rispetto ad alcune figure di aiuto.

I partecipanti sono stati informati sul fatto che non ci sarebbero state opinioni giuste o sbagliate e che lo scopo del questionario non era valutativo. Si è cercato di mettere a proprio agio il partecipante invitandolo a rispondere liberamente e sottolineando quanto sia fondamentale il suo parere più autentico. Lo studio è stato approvato dal comitato etico dell'Università di Padova. La durata della ricerca è stata di circa 60-90 minuti per partecipante.

5.3 Metodo di analisi dei dati

In questa ricerca sono utilizzati sia il metodo qualitativo, sia il metodo quantitativo.

Le informazioni di cui disponiamo sono quindi un intreccio di entrambi i metodi. Credo infatti al vantaggio dell'uso integrato di metodologie di diversa natura, al fine di annullare in maniera complementare i limiti di ciascun tipo di metodo e di combinarne i pregi.

5.3.1 Questionario in presenza

L'analisi dei dati è stata qualitativa di tipo carta e matita e sono state poi effettuate delle statistiche descrittive.

5.3.2 Questionario SCM

Per prima cosa, attraverso l'Alpha di Cronbach è stata verificata la fedeltà delle scale per entrambe le dimensioni di ogni singola figura. Per ciascun gruppo valutato dai partecipanti sono state calcolate le medie di competenza e calore.

Seguendo la procedura adottata da Lee e Fiske (2006), per rilevare i raggruppamenti presenti nella struttura bidimensionale Competenza x Calore, è stata condotta la cluster analisi gerarchica (metodo di Ward), che permette di determinare il numero di cluster presente nei dati sottoposti ad analisi. A tal fine, sono state esaminate le statistiche di agglomerazione dell'analisi gerarchica. Lo stesso è stato fatto per gli item relativi alle emozioni.

Successivamente sono stati confrontati i giudizi di calore e competenza delle sei figure professionali con l'analisi della varianza entro soggetti con un solo fattore a sei livelli per verificare se le dimensioni di calore e competenza fossero diverse per le sei figure professionali. Infine con una serie di test di contrasti si è voluto studiare se le figure professionali differissero per calore e competenza percepite se confrontate a coppie.

Sono stati poi confrontati i giudizi di ammirazione, disgusto, compassione e invidia delle sei figure professionali con due analisi multivariate della varianza per verificare che le emozioni percepite non fossero uguali tra le sei professioni. Infine con una serie di test di contrasti si è voluto studiare se le figure professionali differissero tra loro se confrontate a coppie.

Ho quindi calcolato una prima analisi multivariata della varianza (MANOVA) entro soggetti con correzione di Bonferroni in cui il fattore è l'emozione a quattro livelli (ammirazione, disgusto, compassione e invidia) e le variabili dipendenti sono le sei figure professionali, per verificare che le emozioni non fossero uguali tra le diverse figure professionali.

Successivamente è stata svolta una MANOVA entro soggetti con correzione di Bonferroni in cui il fattore è la professione a sei livelli (PP, PCP, PS, MDB, AS e S) e le variabili dipendenti sono le quattro emozioni.

Ho in seguito calcolato delle correlazioni per verificare, per ogni professione, a quale dimensione (di calore e competenza) fosse correlata ogni emozione e, successivamente, delle regressioni per emozione prevalente, in cui ho voluto analizzare se l'emozione prevalentemente percepita per ogni figura dipendesse a sua volta dal calore e/o dalla competenza percepiti.

5.4 Risultati

5.4.1 Questionario in presenza

Innanzitutto, sono state indagate alcune conoscenze rispetto alla figura dello psicologo psicoterapeuta. È stato chiesto ai partecipanti se **conoscessero la differenza tra uno psicologo e uno psicoterapeuta** ed è emerso che ben l'89.34 dei giovani adulti (N=218) non la conosce, mentre il restante 10.6% (N=26) afferma di conoscerla.

È stato chiesto quale fosse tale differenza, ma solo il 28.3% (N=69) soggetti ha provato a rispondere (il restante 71.7%, N=175, ha detto che non ne aveva idea). Tra coloro che hanno risposto solo il 7.8% (N=19) ha dato la risposta corretta in termini di formazione e di un lavoro più approfondito dello psicoterapeuta (psicoterapia) rispetto allo psicologo (consulenza).

Dopo poche interviste mi sono accorta che la maggior parte dei partecipanti alla ricerca non conosceva la differenza tra psicologo e psicoterapeuta. Come anticipato prima, ho quindi modificato il questionario in corso d'opera modificando la dicitura "psicologo psicoterapeuta" in "psicologo che opera a livello privato".

Si è proceduto allora con le domande relative ai precedenti contatti con lo psicologo ed altre figure di aiuto.

È emerso che il 63.5% dei partecipanti (N=155) non si è mai **rivolto ad uno psicologo nella sua vita**, il 28.3% (N=69) sì, il 6.1% (N=15) si è rivolto in infanzia da uno psicologo scolastico, 3 dati mancanti risultano mancanti e 1 soggetto ha fatto un percorso di terapia familiare.

Su 84 soggetti che si sono rivolti allo psicologo, soltanto 44 (52.4%) ha accettato di esplicitare il motivo (riportato in Appendice C), mentre il restante 47.6% si è rifiutato.

Le **motivazioni** che invece hanno spinto il 63.5% dei partecipanti a non rivolgersi ad uno psicologo psicoterapeuta sono le seguenti:

- Il 46.45% (N=72) afferma di non averne mai avuto bisogno;
- il 23.22 % (N=36) sostiene la volontà di risolvere i propri problemi in autonomia e la fatica ad esprimere ad altri gli affetti negativi, come si evince dai seguenti stralci:

“Per come sono fatta io caratterialmente il fatto di chiedere aiuto sarebbe una specie di sconfitta”; “Con un po’ di buona volontà uno riesce a risolvere i propri problemi senza aiuto di esterni”; “Sono abituato a tenermi le cose dentro,

piuttosto ne parlo con amici o parenti, non con un estraneo”; “Parlo con il mio alterego”; “Faccio da autodidatta, sono lo psicologo di me stesso”; “Sono abbastanza forte, se sono in difficoltà mi arrangio, me la cavo da sola”; “Sono molto auto-analitico e sono abbastanza convinto che i problemi uno debba risolverli da solo”.

Oppure:

“Il mio carattere non me lo consente, sono una persona che si tiene tutto dentro, soprattutto le cose tristi. Preferisco essere triste da solo che con qualcun altro”.

“è un mio problema perché deve rimetterci qualcun altro?” “Le cose private tendo a tenerle per me”; “Già mi risulta quasi difficile confidarmi con un mio amico, figuriamoci pensare di farlo con un estraneo...”

- il 10.96 % (N=17) dice di non aver mai avuto problemi così gravi tali da rivolgersi allo psicologo;
- il 10.96 % (N=17) afferma di aver sempre chiesto aiuto al gruppo dei pari (amici e/o fidanzato/a) e il 7,74% (N=12) si è rivolto alla famiglia;
- Il 9.67% (N=15) dei soggetti ha riportato timore (N=3), scetticismo (N=8) e conoscenze limitate (N=2) verso la figura dello psicologo e scetticismo nei confronti della terapia (N=2): *“è una figura demonizzata, spaventa. Se vai dallo psicologo hai una malattia”; “Non essendoci mai andata, non so veramente come funziona una seduta dallo psicologo”.*

Molte volte, inoltre, gli intervistati risultano influenzati dall’opinione del gruppo di riferimento:

“I miei sono entrambi sono dottori e non è che credano tantissimo in queste figure qui. Ho sempre ricevuto feedback negativi da parte della famiglia quindi non mi sono mai rivolto”;

“Sono sempre stata scettica poi mie amiche che si sono rivolte ad uno psicologo mi hanno detto che si sono trovate bene. Ora sono incuriosita”;

“Perché ho un’idea un po’ così così degli psicologi, anche se devo dire che mi è cambiata molto ultimamente, cioè vedo mia sorella, mia madre, mio padre che hanno dovuto andarci perché i miei hanno divorziato e... ho visto che li hanno aiutati molto e ho iniziato a cambiare un po’ la mia idea riguardo gli psicologi”.

- il 3.86% (N=6) ha espresso l’idea dello psicologo come ultima spiaggia, come si nota chiaramente da questi frammenti di intervista:

“Lo psicologo è come quando stai per prendere la tachipirina prima di collassare per il dolore, sai che c’è però non la vuoi prendere perché vuoi vedere fino a dove arrivi tu per vedere la tua resistenza fisica e quindi alla fine sapevo che c’era, me lo tenevo proprio come ultima spiaggia”;

“Prima ne parlo con familiari, lo psicologo lo vedo proprio come ultima possibilità”;

“Ho un’idea un po’ estrema dello psicologo, cioè bisogna aver raggiunto un certo limite per cui non si riesce più ad affrontare le cose da soli”

- il 3.22% (N=5) fa chiaro riferimento al timore dello stigma: *“Lo vedrei come una forte debolezza”*; *“Mi vergognerei. Andare dallo psicologo viene legato al fatto di avere problemi, è come essere deboli”*;
- Il 3.86% (N=6) sostiene che nessuno glielo ha mai consigliato o prescritto, il 3.22% (N=5) ha riportato motivazioni di natura economica.

Tra gli 84 partecipanti (69+15) che sono andati dallo psicologo l’88% (N=74) **lo ha comunicato alla famiglia**, l’8.3% (N=7) non lo ha comunicato, per paura del giudizio e il timore per una loro preoccupazione, nell’idea che chi va dallo psicologo “è matto”. Il 0.35% (N=3) l’ha comunicato solo a un familiare e 1 soggetto ha fatto un percorso di terapia familiare.

La comunicazione in famiglia è avvenuta per le seguenti motivazioni: i genitori erano gli invianti (32) o erano coinvolti nella terapia (1), sostegno emotivo (4), sostegno economico (10), condivisione (8), per dare l’esempio agli altri familiari (1). 5 soggetti hanno detto che la loro scelta non è stata capita o che i genitori si sono messi a ridere.

Rispetto alla **comunicazione agli amici**, sono emerse le risposte seguenti:

- sì, nel 48.8% dei casi (N=41)
- no, nel 41.66% (N=20)
- l’11.9% (N=16) l’ha comunicato solo agli amici più stretti, per il timore del giudizio altrui e per riservatezza.
- il 5.95% (N=5) l’ha comunicato solo a percorso finito, per paura del giudizio (*“la gente non conosce la differenza tra psicologo, psicoterapeuta e psichiatra e pensa che se vai dallo psicologo sei matto”*) (1), per non avere influenze esterne (2), perché hanno notato il miglioramento (1) e perché è stata un’esperienza positiva (1)
- il 2.38% (N=2) solo al fidanzato/a.

La principale motivazione alla comunicazione agli amici è l'aver considerato il percorso psicologico come una cosa normale e da condividere con persone di cui ci si poteva fidare. Le motivazioni alla non comunicazione, sono coerenti con le precedenti: il timore di essere giudicato malato di mente (9), per riservatezza (9), per non far trasparire la mia debolezza (1), non mi è venuto in mente (1).

Sono state poi indagate le intenzioni future e se i giovani adulti intervistati sapessero a chi potersi rivolgere in caso di bisogno.

Alla domanda **“Si rivolgerebbe ad uno psicologo psicoterapeuta in futuro?”**, i soggetti hanno risposto nei modi seguenti:

- si: 30.33% (N=74, di cui 2 *“per curiosità, per conoscere il suo lavoro e capire cosa fa”*, e 5 *“per avere la conferma di essere sano”*);
- forse: 39.34% (N=96), solo se dovesse avere un *“reale bisogno/problema/trauma”* o se ci fosse *“qualcosa più grande di me/se mi dovesse succedere qualcosa di eclatante/se ci fosse qualcosa di rotto in me da aggiustare”* oppure nel caso di *“disperazione/disordine mentale/shock emotivo”*;
- Sì, se non riuscisse a risolvere il problema in autonomia (5.73%, N=14), o con l'aiuto della famiglia e degli amici (1.63%, N=4), o se qualcun altro gli facesse capire di averne bisogno (2.05%, N=5) o come *“ultima spiaggia”* (0.82%, N=2).
- No: 17.62% (N=43);
- Non so: 2.46% (N=6).

Tra le motivazioni fornite rispetto alla decisione di non andare dallo psicologo vi sono la volontà di risolvere i problemi in autonomia, la titubanza nel confidarsi con un estraneo, il senso di vergogna, la mancanza di fiducia nei confronti dell'altro, lo scetticismo nei confronti dello psicologo e il costo.

I dati infine mostrano il 75.81% (N=185) dei partecipanti qualora volessero rivolgersi ad uno psicologo in futuro, non saprebbe dove andare, mentre il 24.18 (N=59) saprebbe a chi rivolgersi e, tra questi, 15 tornerebbero dallo psicologo consultato in precedenza.

Rispetto ai **mezzi che sarebbero utilizzati per informarsi su come poter raggiungere uno psicologo**, le due risposte più frequenti sono state il passaparola (66.9%, N=156) e internet (55.3%, N=135), seguite dalla richiesta al medico di base (18%, N=44), e dalla consultazione di giornali come le pagine gialle (2.45%, N=6), consultori (2.45%, N=6) e lo psicologo precedente (2.04%, N=5). Ogni partecipante poteva dare più di una risposta. Come ci si aspettava, invece, il 97.5% (N=238) **saprebbe come fare per raggiungere un**

medico di base. Il 74.2% (N= 181) dei soggetti, invece non **saprebbe a quale psichiatra rivolgersi** (11 affermano di non conoscere la differenza tra psicologo e psichiatra), mentre il 16.8% (N=41) dei partecipanti saprebbe dove andare, 2 soggetti tornerebbero dallo psichiatra consultato in precedenza. 11 partecipanti in ogni caso eviterebbero questa figura per timore. 12 risposte risultano mancanti.

Purtroppo non è stato chiesto ai soggetti se conoscono la differenza tra psicologo e psichiatra. È stato però chiesto attraverso una domanda dicotomica vero/falso se secondo loro lo psichiatra avesse conseguito una laurea in psicologia e/o in medicina. Il 51.22% (N=125) dei giovani ritiene che lo psichiatra abbia una laurea in psicologia. Questo dato potrebbe far inferire che i partecipanti che confondono le due figure sono molto più numerosi. Il 52.86% (N=129) dei partecipanti, inoltre, pensa che lo psicologo prescriva farmaci o psicofarmaci. Anche questo dato potrebbe far pensare che le due professioni siano ancora confuse.

Successivamente, è stato chiesto ai partecipanti **se si sono mai rivolti ad altri professionisti della salute mentale in passato** e, in caso di risposta affermativa, di chi si trattasse. Il 92.6 % (N=226) dei partecipanti non si è mai rivolto ad un altro professionista della salute mentale. Il 4.9% dei partecipanti (N=12) hanno consultato uno psichiatra, 2 soggetti un logopedista, 2 un neurologo e 2 uno psicomostricista.

In media i partecipanti si sono rivolti 0.4 volte dal medico di base nel mese precedente.

Rispetto ai risultati inerenti all'eventuale **accesso allo psicologo delle cure primarie** è emerso che il 65.2% (N=159, 3 dei quali dicono che ci sarebbero già andati) dei partecipanti afferma che si rivolgerebbe a questa figura qualora fosse presente nello studio del proprio medico di base. Rispetto alla domanda precedente formulata, ovvero “ti rivolgeresti ad uno psicoterapeuta in futuro?”, la percentuale di persone che si rivolgerebbe allo psicologo aumenta notevolmente. Infatti, più del doppio dei rispondenti rispetto al numero precedente (74 contro 159 soggetti) si rivolgerebbe allo psicologo di base.

Tra le varie specificazioni: il 12.3% (N=30) vi si rivolgerebbe solo se si dovessero manifestare dei gravi problemi; il 4.92% (N=12) solo qualora fosse sicuro della sua competenza, mentre in caso contrario si orienterebbe verso uno psicologo che opera nel privato; il 4.09% (N=10) non lo sa e il 13.5% (N=33) non ci andrebbe, 6 dei quali esplicitano di preferire il professionista privato. Anche il numero delle persone che non si

rivolgerebbe ad uno psicologo di base diminuisce, anche se di poco, rispetto al numero di persone che non si rivolgerebbe ad uno psicologo psicoterapeuta (33 contro 43 soggetti). In merito invece alla **percezione dello psicologo delle cure primarie**, i partecipanti affermano che l'introduzione di questo ruolo professionale permetterebbe dei **benefici** riassumibili in tre principali categorie:

1. la maggiore accessibilità a questo tipo di servizio in termini economici (31.96%, N=78):

“Sarebbe una cosa più paritaria, non tutti hanno le risorse per sostenere le spese dello psicologo, sarebbe più accessibile a tutti, anche per le figure più emarginate della società”

“Secondo me è una bella idea perché solitamente gli psicologi hanno anche in certi casi dei prezzi molto alti. Credo che sia giusto dare la possibilità a tutti di consultarlo, perché comunque nel momento in cui non è a pagamento la gente forse si sente anche più propensa o spinta a provare la cosa. Secondo me è un'ottima idea anche per chi magari ne sente il bisogno ed effettivamente poi non può in nessun modo permettersi di pagare il servizio.”

2. la maggiore accessibilità in termini logistici in quanto le persone saprebbero immediatamente a chi rivolgersi (25.82%, N=63):

“Sarebbe più facile trovarlo, non dovrei chiedere in giro da chi andare e le persone non saprebbero che vuoi andare”.

“Metterlo più vicino sicuramente porta benefici al paziente. Perché adesso per andare da uno psicologo devi andare a cercare, te lo devi... cioè, c'è tutto un passaggio abbastanza... non complicato, però prima di affrontarlo uno ci pensa tre volte. Mentre se lo psicologo te lo trovi nell'ufficio del medico, una volta che vai dal medico ce l'hai nella porta accanto, bussi e sicuramente avvicina... sicuramente.”

“Sì, sarebbe una buona cosa, magari mi rivolgerei anche più facilmente, sarebbe più accessibile e magari avrei meno difficoltà a parlarne. Mettermi alla ricerca di uno

psicologo mi bloccherebbe invece se è così accessibile già nello studio posso anche parlarci personalmente e dire “ok magari vengo” o magari ci sarei già andato”

Emerge tra l'altro l'idea di servizio meno formale, in quanto non è necessario prendere un appuntamento (4.09%, N=10):

“Sicuramente andare nello studio del medico e avere a disposizione uno psicologo là rende tutto più semplice, anche boh, una mattina mi sveglio che ho le turbe e viene molto più semplice andare dove si sa già di trovare una persona pronta ad ascoltare, insomma. Non per forza pronta a darti una soluzione ma anche solo a stare là e ascoltare il fiume di parole”;

Altro facilitatore alla richiesta d'aiuto è che si tratta di un servizio “vicino casa” (7.38%, N=18).

3. riduzione dello stigma (26.23%, N=64):

“Nessuno saprebbe che ho un problema”;

“Affiancandolo al medico sarebbe più naturale, non ci si vergognerebbe”;

“Permetterebbe di uscire dallo schema “chi va dallo psicologo ha problemi”, abbatte il pregiudizio che chi va dallo psicologo è malato, perché ce l'hai lì e sarebbe più facile accettarlo, non ti sentiresti giudicato, diventerebbe una cosa normale, come andare dal medico di base”;

“Sicuramente sdogana il ruolo dello psicologo perché diventa qualcosa di più naturale e più vicino alle persone”.

Emerge in riferimento allo stigma anche un aspetto molto interessante: se venisse affiancato lo psicologo di base al medico di base, le generazioni future svilupperebbero una mentalità completamente diversa rispetto a quella vigente:

“Per quanto riguarda il pregiudizio, secondo me resistenza ce n'è sempre, perché quando parli di psiche le persone stanno sempre un po' sull'attenti, quindi magari lì per lì... cioè inserirlo in una generazione contemporanea attuale, magari ci sarebbe più apertura rispetto ad una volta, però siamo ancora in una fase di accettazione,

credo. Però inserirlo e aspettare il passaggio di generazione e vedere un'accezione generazionale... credo che diventerebbe parte integrante del sistema e sarebbe splendido.”

Altri aspetti positivi riguardanti lo psicologo di base, seppur meno frequenti, sono i seguenti:

- La possibilità di far conoscere il lavoro dello psicologo (4.09%, N=10): *“Spesso non si sa bene cosa fa, non si sa bene cos'è, qual è il suo ruolo... molte persone ci andrebbero per curiosità di capire come funziona la terapia”*
- Riduzione del timore verso questa figura (1.64%, N=4):
“Magari non la vedremmo più come una persona così distante da noi”

“Non ci sarebbe più bisogno di vedere lo psicologo come un mostro, quello che mangia i bambini, ma ci sarebbe forse più apertura perché sarebbe come medico, come se andando dal medico ti preoccupassi di chissà quale malattia invece il medico di base diventa diciamo una cosa più normale e la stessa cosa potrebbe succedere per lo psicologo.”

- Il contesto all'interno del quale è collocato lo psicologo ovvero lo studio del medico di base, renderebbe questo professionista più “intimo”, “personale”, “familiare” (2.87%, N=7):
“Il fatto che sia in un contesto dove c'è anche il medico di base, un contesto che già conosci, lo rende più familiare”

“Il medico di base ti segue da quando sei nata, conosce tua mamma, io ho lo stesso medico di base che ha mia mamma, mia nonna .. non dico che lo sento di famiglia però comunque ho una certa confidenza. Quindi so che posso chiamarlo se ho un problema eccetera. Avere uno psicologo che mi segue da quando ero piccola so che mi conosce, so che vuole aiutarmi.. so che sembra stupido però così non sarei io che mi metto a cercare una persona che non sa neanche come mi chiamo ma sarebbe come una persona con cui hai una certa confidenza che è lì, che è sempre stato lì e che ci sarà se hai un problema. La sento più vicina”

- C'è chi ritiene (2.87%, N=7) che sarebbe più propenso a fidarsi dello psicologo alla luce della fiducia verso il proprio medico di base:

“Mi fiderei perché mi fido del mio medico di base: se questa figura fosse in collaborazione con il mio medico di base vuol dire che c'è una sinergia tra di loro, che si trovano bene. Quindi fidandomi del mio medico di base mi fiderei anche dello psicologo. Cioè se io vado dal medico di base e ho mal di testa e mi dice “vai da tal dei tali” io ci vado “Se ti fidi di me, fidati anche di lui perché sennò lui/lei non sarebbe a lavorare qui con me, non lo ospiterei solo per interesse” credo”.

- Compare anche l'idea dello psicologo di base come figura da cui poter andare per problemi meno gravi rispetto a quelli che si portano allo psicologo privato (2,45%, N=6: *“Si potrebbero fare due chiacchiere anche se si sta bene, per problemi meno gravi”*), magari come primo passo verso un successivo percorso di psicoterapia (3,69%, N=9: *“Sarebbe il primo passo per affrontare una psicoterapia, potrebbe incentivare le persone a provarci”*) o in ottica preventiva (1,23%, N=3):

“Potrebbe essere interessante perché magari ci sono tante cose che vengono spesso sottovalutate, delle problematiche che magari non vengono considerate perché non ci si fa caso, finché non sorge un problema più grosso non si va in cerca di un supporto per risolvere questa cosa. sarebbe una sorta di prevenzione.

- Riduzione dei tempi di attesa dal medico di famiglia *“Ci sono vecchi che sono là solo perché hanno bisogno di un sostegno psicologico”*
- Potrebbe compensare le competenze che mancano al medico di base in quanto *“si sa che a volte si va da lui anche per un sostegno psicologico”*. Una ragazza, infatti, afferma:

“Prima di rivolgermi alla psicologa mi ero rivolta al mio medico di base e però non ho trovato un supporto, anzi è stata abbastanza negativa perché io mi ero sfogata con lei e avevo chiesto tramite lei di poter avere dei riferimenti per potermi appoggiare a qualcuno e lei se n'è proprio fregata. Poi dipende dalla persone che ti trovi davanti, il medico di base non ha sicuramente la formazione dello psicologo e in medicina lascia molto a desiderare quello che è l'aspetto umano e l'aspetto psicologico e dopo per carità, ci sono le persone che fanno il

medico che ce l'hanno perché è loro, ma visto che la maggior parte non ha questo aspetto, secondo me affiancare uno psicologo sarebbe una cosa intelligente”

Rispetto questo figura emergono, però, anche delle **criticità**:

- Vi è il timore per la sua competenza (6.15%, N=15) a causa di una sfiducia verso il settore pubblico e del possibile sovraffollamento e quindi di un trattamento di scarsa qualità:

“Secondo me un pensiero potrebbe essere “quanto potrebbe essere efficace un aiuto che a me arriva gratuitamente? Quando io so che c’è il professionista che se voglio essere seguito bene devo pagarlo 200 euro a seduta etc...”;

“c’è il pregiudizio che le cose gratis non sono all’altezza di quelle per cui devi spendere...”;

“Andrei comunque da una persona più qualificata che conosco o personalmente o per conoscenze. Come quando vai a fare la visita dall’ortopedico e vai da quello migliore rispetto a quello che si è laureato da un mese”;

“Se esistesse questa figura in Italia probabilmente io andrei lo stesso da uno privato perché lo riterrei più competente e affidabile perché quando in Italia una cosa è gratis e statale lascia sempre a desiderare per quanto riguarda la qualità”

Inoltre la facilità di accesso e la gratuità del servizio potrebbero portare ad una diminuzione della motivazione:

“Lo psicologo si fa sempre pagare, se non lo pagassi magari non mi aiuterebbe in maniera totale, forse ci crederei un po’ meno come figura professionale”;

“Una cosa quando è troppo accessibile non viene apprezzata, se non devo prendere appuntamento e posso andarci quando voglio ci investo meno”;

E ancora:

“A livello privato pensi - lo psicologo si occupa solo di me, quindi fa un lavoro migliore... - mentre magari nel pubblico sappiamo che sei tartassato, quindi magari una persona che ha tantissimi pazienti non ce la fa a star dietro a tutti”

Emerge anche il tema dell'esclusività:

“Non penso che ci andrei perché viene a mancare l’idea di intimità. Considerando che quando vado dal medico di base ci sono 3 miliardi di persone, mi viene a mancare proprio l’idea dell’esclusività, è chiaro che lo psicoterapeuta non è esclusivo che segue solamente te, perennemente e per sempre. Però il fatto di andare in uno studio di persone senza vedere un macello di persone, tutte quante intorno così, dà un’idea diversa. È chiaro che c’è il segreto professionale e quello che vai a dire allo psicoterapeuta rimane lì, però a primo impatto non lo vedo di buon occhio”.

- Vi è il timore per la privacy (3.69%, N=9) e la paura di incontrare nella sala d’attesa qualcuno che si conosce o che la famiglia possa venire a conoscenza degli incontri :

“Sul fatto che sia dal medico di base sono abbastanza d’accordo... però magari effettivamente a vederti andar dentro magari la gente pensa male, mentre se uno va dal medico di base si pensa che possa avere una cosa normale che chiunque potrebbe avere, come un’influenza. cioè dovrebbe esserci tipo il filtro del medico di base, tu entri dal medico di base e dopo c’è lo studio accessibile dello psicologo, così non si sa mai da chi sei andato... secondo me sì...bisognerebbe fare in modo che non si capisca da chi stai andando, se dal medico o dallo psicologo”;

“Dovrebbe comunque mantenere il segreto professionale, non dovrebbero sapere nulla i parenti e nessun altro, dovrebbe essere tutto chiuso a chiave”;

Inoltre alcuni temono di diventarne dipendente e abusare del servizio offerto (2.05%, N=5):

“A lungo termine si rischia di lasciare l’individuo troppo legato a questa figura qua, di essere troppo dipendente e non più in grado di cavarsela da solo. Cioè ci si lega troppo fin da piccolo a questa figura qua e appena ci si stacca si vacilla un po’, e quindi dopo magari deve andare dallo psicoterapeuta professionista e dopo cosa succede?”

“è un po’ come dare la possibilità alle parafarmacie di vendere i farmaci, e allora c’è chi ti dice “eh sì, ma poi è come liberalizzare ancora di più la vendita di farmaci e quindi incentivare la gente a consumare farmaci” quando invece bisognerebbe evitare di consumare, appena hai mal di gola prendere subito qualcosa per il mal di gola. E anche lì c’è il rischio di non provare neanche a dire “cerchiamo di capire da soli, fare analisi su se stessi e forse aiutarsi un po’ a crescere”, direttamente vai dallo psicologo, tanto è sempre lì”.

Infine, nel questionario self-report, precedentemente rispetto al questionario SCM, sono state rivolte tre domande, di cui riporto in questa sezione i risultati:

Alla domanda “Quanti amici e/o familiari conosce che si sono rivolti ad uno psicologo psicoterapeuta?” il 13.1% (N=32) dei partecipanti ha risposto zero, il 20.9% (N=51) ha risposto uno, il 21.3% (N=52) ha risposto due, il 9% (N=22) ha risposto tre e il 35.7% (N=87) più di tre.

Alla domanda “Lei ha amici e/o parenti che di professione fanno lo psicologo psicoterapeuta?” il 29.5% (N=72) ha risposto sì, mentre il 70.1% (N=171) ha risposto negativamente.

Infine è stato chiesto: “Pensano a suo/a figlio/a (reale o ipotetico), quale tra queste professioni vorrebbe che svolgesse?” I partecipanti hanno scelto più di un’alternativa tra le possibili risposte:

- Assistente sociale: 13.9% (N=34)
- Medico di base: 30.3% (N=74)
- Psichiatra: 15.2% (N=37)
- Psicologo Psicoterapeuta: 31.1% (N=76)
- Sacerdote: 2.9% (N=7)
- Nessuna delle precedenti: 45.1% (N=110)

5.4.2 SCM: percezione di competenza e calore

In *Tabella 5.1* sono riportate le medie, le deviazioni standard e l’alpha di Cronbach per tutte le figure. Relativamente ai coefficienti di fedeltà, essi risultano da .89 a .95.

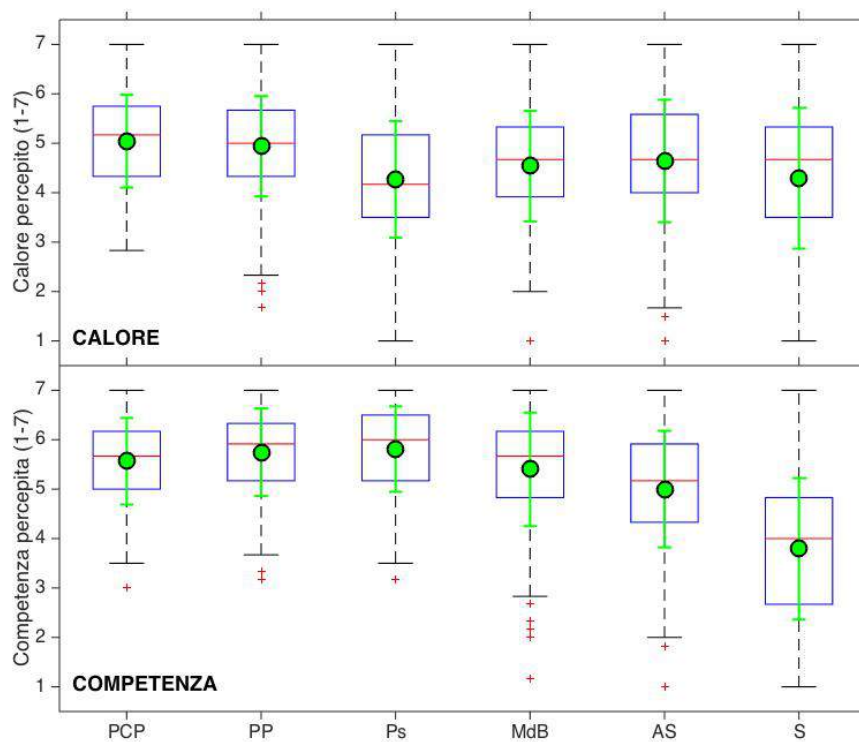
Tabella 5.1. Medie, deviazioni standard delle figure professionali e risultati t di Student

	Psicologo Cure Primarie		Psicologo Psicoterapeuta		Psichiatra		Medico di Base		Assistente sociale		Sacerdote	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
Calore	5,04 <i>a</i>	,94	4,94 <i>a</i>	1,02	4,27 <i>b</i>	1,18	4,55 <i>cd</i>	1,11	4,64 <i>cde</i>	1,25	4,30 <i>bed</i>	1,42
Competenza	5,56 <i>a</i>	0,88	5,77 <i>b</i>	0,81	5,81 <i>b</i>	0,87	5,40 <i>a</i>	1,15	5,00 <i>d</i>	1,18	3,80 <i>e</i>	1,42

N.B. La lettera diversa nella stessa riga indica che tra le medie la differenza è significativa: $p < .03$ per calore, $p < .001$ per competenza. Attraverso le lettere si possono evincere i risultati dei confronti eseguiti con il t di Student per dati appaiati attraverso cui si è voluto studiare se le figure professionali differissero tra loro per calore e competenza percepiti.

In *Figura 5.3* sono rappresentate attraverso il Boxplot le distribuzioni dei punteggi di calore-percepito (sopra) e competenza-percepita (sotto) per le sei figure professionali studiate.

Figura 5.3. Distribuzioni dei punteggi di calore-percepito e competenza-percepita per le sei figure professionali.



PCP = Psicologo nelle cure primarie; PP = Psicologo Privato; PS = Psichiatra; MDB = Medico di base; AS = Assistente sociale; S = Sacerdote

In ciascun grafico a scatola, la mediana è indicata dalla linea rossa orizzontale e l'altezza della scatola rappresenta l'insieme dei dati che cadono tra il 25° e il 75° percentile. Le linee tratteggiate verticali rappresentano la distanza interquartilica aumentata del 50% e i simboli rossi sono i punteggi che fuoriescono da tale gamma, ovvero gli outlier. Il punto verde è la media, la barra d'errore verde è la deviazione standard.

Osservando la parte superiore del grafico che rappresenta i punteggi di calore percepito vediamo come le figure sembrino poco dissimili tra loro. La figura meno calorosa è quella dello psichiatra, che presenta la mediana più bassa.

Per quanto riguarda la competenza, invece, la differenza maggiore riguarda il sacerdote, che presenta i punteggi di competenza percepita più bassi, seguito dall'assistente sociale. Il diagramma relativo al sacerdote è il più esteso: vi è quindi una grande varianza sul giudizio relativo a questa figura.

Rispetto alla competenza, lo psicologo delle cure primarie, lo psicologo psicoterapeuta, lo psichiatra e il medico di base hanno punteggi abbastanza simili tra loro. In sintesi, a parità di competenza, le due figure psicologiche sembrano essere le più calorose.

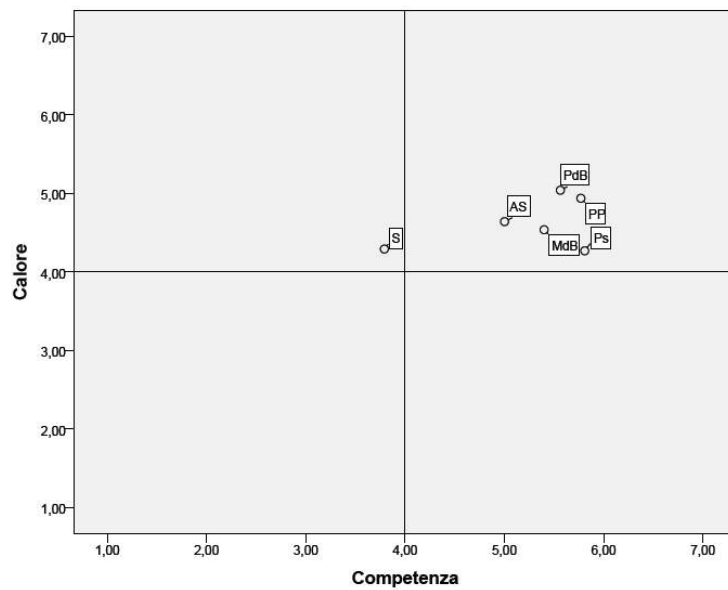
La cluster analysis gerarchica (metodo di Ward⁸, 1963), ha permesso di determinare il numero di cluster presente nei dati sottoposti ad analisi. Come illustrato in *Figura 5.4* le figure professionali sembrano suddividersi in due cluster principali. Il Cluster 1 comprende cinque figure: lo psicologo delle cure primarie, lo psicologo privato, il medico di base, l'assistente sociale e lo psichiatra, che rientrano nel quadrante alto calore – alta competenza. Il Cluster 2 include la figura del sacerdote, che rientra nel quadrante alto calore – bassa competenza.

⁸ La cluster analysis è una tecnica di analisi multivariata attraverso la quale è possibile raggruppare le unità statistiche, in modo da minimizzare la "lontananza logica" interna a ciascun gruppo e di massimizzare quella tra i gruppi. La "lontananza logica" viene quantificata per mezzo di misure di similarità/dissimilarità definite tra le unità statistiche. Obiettivo della cluster analysis, quindi, è ottenere gruppi omogenei (con piccola variabilità all'interno).

Il metodo di Ward minimizza la devianza all'interno dei gruppi. Ad ogni passo questo algoritmo tende ad ottimizzare la partizione ottenuta tramite l'aggregazione di due elementi.

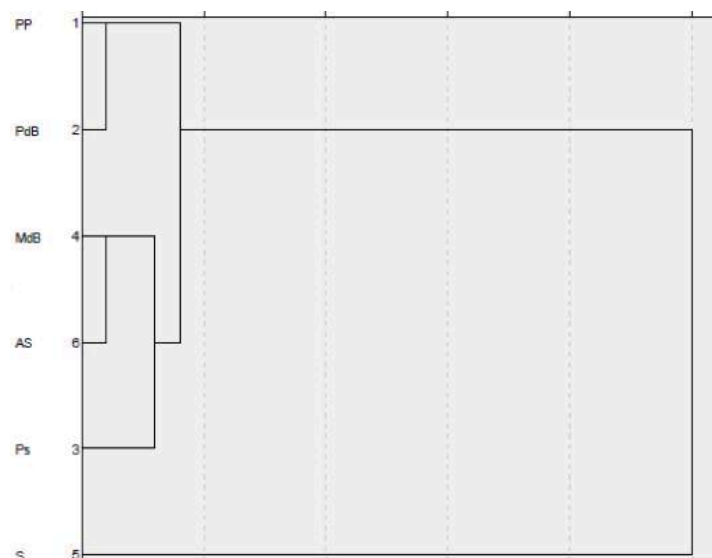
Una partizione si considera tanto migliore quanto più le classi risultano omogenee al loro interno e differenti l'una dall'altra. In altri termini, quanto più è elevata la varianza tra le classi, e bassa la varianza interna (alle classi). È noto che la varianza totale di un insieme di unità, si può scomporre nella somma di due quantità: varianza interna (ai cluster) e varianza esterna (cioè tra i cluster).

Figura 5.4: Soluzione a due cluster



Anche il dendrogramma in *Figura 5.5* mostra la formazione di due cluster principali. Anche se la figura del sacerdote sembra essere quella più lontana dalle altre nelle dimensioni considerate, possiamo notare come all'interno di questi due cluster ci siano sottogruppi di professioni tra loro più simili. Emerge, infatti, una coppia costituita da psicologo delle cure primarie e psicologo psicoterapeuta (psicologo privato), ed un'altra che contiene il medico di base, l'assistente sociale e lo psichiatra.

Figura 5.5: Dendrogramma delle relazioni di similarità tra le immagini



PCP = Psicologo nelle cure primarie; PP = Psicologo Psicoterapeuta; PS = Psichiatra; MDB = Medico di base; AS = Assistente sociale; S = Sacerdote

Anche osservando gli indici di dissimilarità in *Tabella 5.2* possiamo riscontrare come lo psicologo psicoterapeuta (1) e lo psicologo delle cure primarie (2) abbiano un coefficiente di dissimilarità basso (.027), così come il medico di base (4) con l'assistente sociale (6) (.111). Con lo psichiatra (3), invece, il coefficiente di dissimilarità aumenta nel confronto con il medico di base (.426), ma soprattutto nel confronto con lo psicologo psicoterapeuta (.818). La figura più dissimile è quella del sacerdote (5) per cui il coefficiente è .3407.

Tabella 5.2: Pianificazione di agglomerazione e coefficienti di dissimilarità.

Stadio	Cluster 1	Cluster 2	Coefficienti
1	1	2	.027
2	4	6	.111
3	3	4	.426
4	1	3	.818
5	1	5	3.407

Per analizzare in maniera più specifica le differenze tra le immagini ho applicato l'ANOVA. Sono stati confrontati i giudizi di calore e competenza delle sei figure professionali con l'analisi della varianza entro soggetti con un solo fattore a sei livelli.

L'analisi della varianza per le stime di CALORE è risultata significativa: $F_{(5, 1210)}=27.00$, $p<.0001$, $\eta_p^2=.10$. Il calore stimato non era uguale tra le sei figure professionali. Con una serie di confronti eseguiti con il t di Student per dati appaiati si è voluto studiare se le figure professionali differissero tra loro per calore percepito: i risultati sono riportati in *Tabella 5.1*.

Dai confronti pairwise tra le diverse figure professionali di aiuto riguardanti la dimensione di calore percepito emerge che lo psicologo delle cure primarie non si differenzia in maniera significativa dallo psicologo privato per quanto riguarda la dimensione calore.

Attraverso l'analisi delle medie emerge che il PCP ($M = 5.04$, $DS=.94$) è visto invece come più caloroso rispetto allo psichiatra ($M = 4.27$, $DS = 1.18$), al medico di base ($M = 4.55$, $DS = 1.11$), all'assistente sociale ($M = 4.64$, $DS = 1.25$) e al sacerdote ($M = 4.30$, $DS = 1.42$).

Lo psicologo privato si differenzia dallo psichiatra ($p<.001$), dal medico di base ($p<.001$), dall'assistente sociale ($p<.01$) e dal sacerdote ($p<.001$). Il punteggio medio più alto ($M = 4.94$, $DS = 1.02$) indica che è percepito come più caloroso rispetto a tutte le figure professionali citate.

Lo psichiatra si differenzia in maniera significativa dal medico di base ($p<.05$), e dall'assistente sociale ($p<.01$), oltre che dalle due figure psicologiche. Osservando le medie notiamo che lo psichiatra ($M = 4.27$, $DS = 1.18$), è percepito meno caloroso di tutte le figure professionali tranne che del sacerdote. Lo psichiatra, quindi, insieme al sacerdote, è la figure meno calorosa di tutte.

Il medico di base non si differenzia dall'assistente sociale ($p=1.000$) e dal sacerdote ($p=.390$). Come riportato precedentemente, il confronto tra MDB, PCP e PP risulta significativo per $p<.001$ e con lo psichiatra per $p<.01$: in particolare il punteggio medio meno elevato del medico ($M = 4.55$, $DS = 1.11$) rispetto al PCP ($M = 5.04$, $DS=.94$) e allo PP ($M = 4.94$, $DS = 1.02$) indica che è percepito come meno caloroso, mentre è più caloroso dello psichiatra ($M = 4.27$, $DS = 1.18$).

L'assistente sociale ($M = 4.64$; $DS = 1.25$) è percepito più caloroso solo rispetto al sacerdote ($M = 4.30$; $DS = 1.42$) e il confronto è significativo ($p<.05$).

Il sacerdote ($M = 4.30$, $DS = 1.42$), infine, è meno caloroso del PCP ($M = 5.04$, $DS=.94$), del PP ($M = 4.94$, $DS = 1.02$) e dell'assistente sociale ($M = 4.64$, $DS = 1.25$), mentre è considerato ugualmente caloroso allo psichiatra e al medico di base, per i quali il confronto non risulta significativo.

Anche l'analisi della varianza per le stime di COMPETENZA è risultata significativa: $F(5, 1210)=208.656$, $p<.0001$, $\eta_p^2=.463$. La competenza stimata non era uguale tra le sei figure professionali. Con una serie di confronti eseguiti con il t di Student per dati appaiati si è voluto studiare se le figure professionali differissero tra loro per competenza percepita: risultati sono riportati in *Tabella 5.1*.

Lo psicologo delle cure primarie si differenzia dallo psicologo privato ($p<.001$), dallo psichiatra ($p<.001$), dall'assistente sociale ($p<.001$) e dal sacerdote ($p<.001$).

In particolare, osservando le medie, si evidenzia che lo psicologo delle cure primarie ($M = 5.56$, $DS = 0.88$) è percepito meno competente dello psicologo privato ($M = 5.77$, $DS = 0.81$), dello psichiatra ($M = 5.81$, $DS = 0.87$), ma più competente dell'assistente sociale ($M = 5.00$, $DS = 1.18$) e del sacerdote ($M = 3.80$, $DS = 1.42$).

Lo psicologo di base e il medico di base appaiono, invece, ugualmente competenti.

Lo psicologo privato si differenzia oltre che dallo psicologo delle cure primarie ($p<.001$) anche dal medico di base ($p<.001$), dall'assistente sociale ($p<.001$), e dal sacerdote ($p<.001$). In particolare lo psicologo psicoterapeuta ($M = 5.77$, $DS = 0.81$) è percepito più competente del medico di base ($M = 5.40$, $DS = 1.15$), dell'assistente sociale ($M = 5.00$,

$DS = 1.18$) e del sacerdote ($M = 3.80$, $DS = 1.42$), mentre è ugualmente competente rispetto allo psichiatra.

Lo psichiatra si differenzia dal medico di base ($p < .001$), dall'assistente sociale ($p < .001$) e dal sacerdote ($p < .001$). Il punteggio medio più elevato indica che lo psichiatra ($M = 5.81$, $DS = 0.87$) è percepito più competente del medico di base ($M = 5.40$, $DS = 1.15$), dell'assistente sociale ($M = 5.00$, $DS = 1.18$) e del sacerdote ($M = 3.80$, $DS = 1.42$).

Il medico di base si differenzia sia dall'assistente sociale ($p < .001$) sia dal sacerdote ($p < .001$). Osservando le medie emerge che il medico di base ($M = 5.40$, $DS = 1.15$) è percepito come più competente dell'assistente sociale ($M = 5.00$, $DS = 1.18$) e del sacerdote ($M = 3.80$, $DS = 1.42$), ma meno competente dello psicologo privato.

L'assistente sociale ($M = 5.00$, $DS = 1.18$), infine è percepito maggiormente competente solamente del sacerdote ($M = 3.80$, $DS = 1.42$).

Il sacerdote, infine, con il punteggio medio più basso, è la figura con la minore competenza percepita.

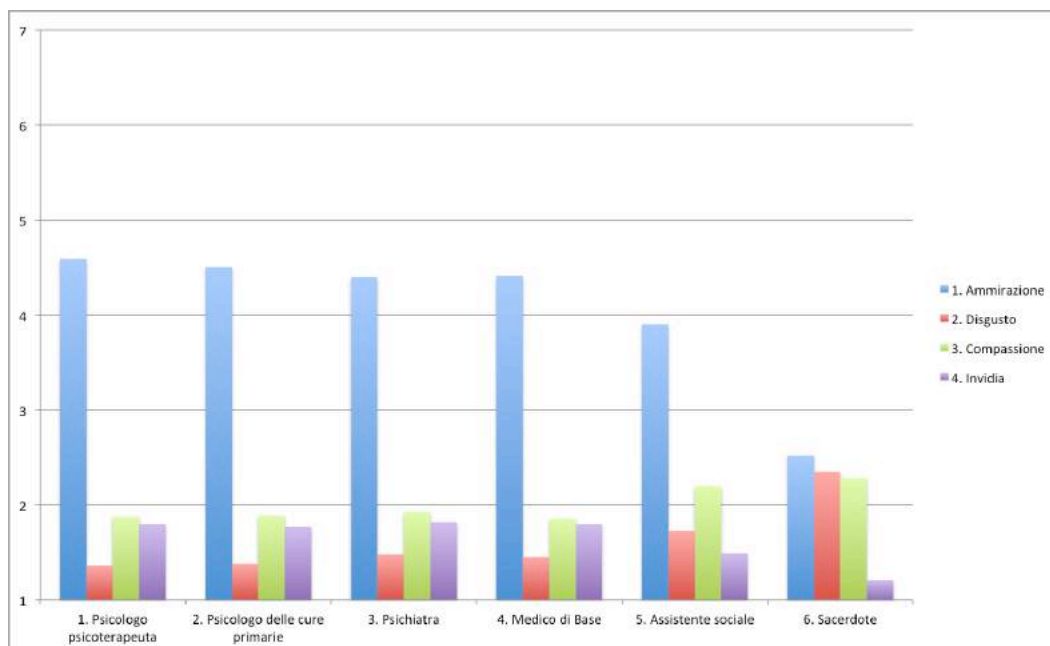
5.4.3 SCM: le emozioni

In *Tabella 5.3* sono riportate le medie e le deviazioni standard delle emozioni per tutte le figure, mentre in *Figura 5.6* sono riportate le distribuzioni dei punteggi di ammirazione, disgusto, compassione e invidia percepite per le sei figure professionali.

Tabella 5.3: Medie e deviazioni standard delle emozioni rivolte alle figure professionali

	Psicologo Cure Primarie		Psicologo Psicoterapeuta		Psichiatra		Medico di Base		Assistente sociale		Sacerdote	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Ammirazione	4.50	1.71	4.59	1.66	4.40	1.85	4.41	1.71	3.90	2.02	2.52	1.69
Disgusto	1.38	0.95	1.36	0.93	1.48	1.04	1.45	1.04	1.73	1.40	2.35	1.83
Compassione	1.89	1.55	1.88	1.48	1.93	1.45	1.85	1.44	2.20	1.65	2.28	1.74
Invidia	1.77	1.45	1.80	1.46	1.82	1.45	1.80	1.49	1.49	1.09	1.21	0.69

Figura 5.6: Distribuzioni dei punteggi di ammirazione, disgusto, compassione e invidia percepite per le sei figure professionali.



In ascissa troviamo le figure professionali e in ordinata il punteggio su scala likert che il partecipante doveva assegnare per ogni emozione.

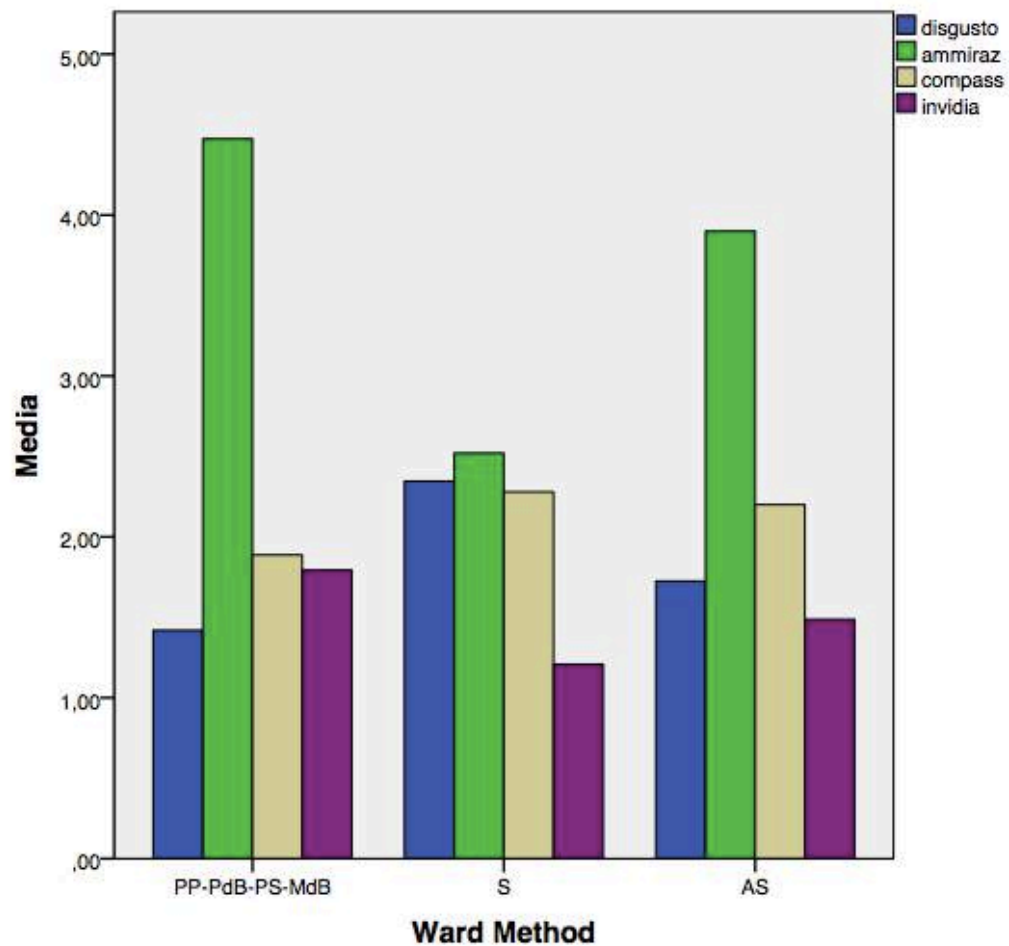
Come si evince dal grafico, a livello puramente descrittivo si può dire che per lo psicologo privato, lo psicologo delle cure primarie, lo psichiatra e il medico di base i partecipanti provano un'ammirazione media, un disgusto minimo e compassione e invidia basse. I risultati sono differenti invece per l'assistente sociale e il sacerdote. Per il primo, l'ammirazione è più bassa rispetto alle figure professionali precedenti. In aggiunta c'è un lieve incremento della compassione. Per il sacerdote invece, c'è scarsa ammirazione, mentre disgusto e compassione si elevano rispetto alle figure precedenti e diminuisce l'invidia.

Entrando più nello specifico nell'analisi delle statistiche fatte, emergono i seguenti risultati.

La cluster analisi gerarchica (metodo di Ward), ha permesso di determinare il numero di cluster presente nei dati sottoposti ad analisi. A tal fine, sono state esaminate le statistiche di agglomerazione dell'analisi gerarchica. Come illustrato in *Figura 5.7* le figure professionali sembrano suddividersi in tre cluster principali. Il Cluster 1 comprende quattro figure: lo psicologo delle cure primarie, lo psicologo privato, lo psichiatra e il

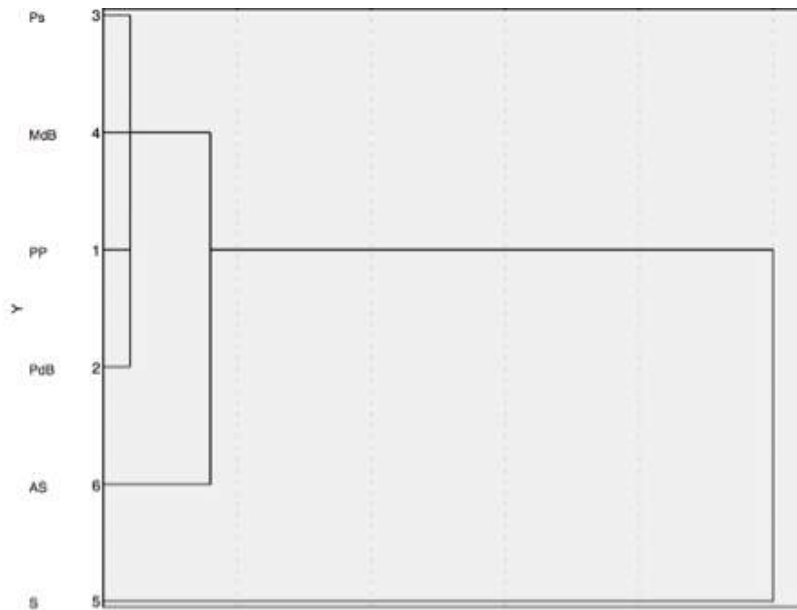
medico di base. Il Cluster 2 include la figura del sacerdote e il Cluster 3 include la figura dell'assistente sociale.

Figura 5.7: Soluzione a 3 Cluster.



Anche il dendrogramma in *Figura 5.8* mostra la formazione di tre cluster principali.

Figura 5.8: Dendrogramma delle relazioni di similarità tra le immagini.



Si riportano ora i risultati della MANOVA. In questo caso, poiché sono stati effettuati molti confronti a coppie, ho preferito inserire i risultati dei vari t di Student attraverso le tabelle e non con le lettere come nei risultati precedenti, per evitare confusione.

Complessivamente, a livello multivariato, le emozioni sono diverse tra loro per le sei figure professionali, e lo stesso emerge a livello univariato. Nella prima MANOVA il fattore è l'emozione, mentre la variabile dipendente è la professione.

Per lo psicologo privato, come si evince dalla *Tabella 5.4*, l'emozione prevalente e significativamente diversa dalle altre è l'ammirazione ($M=4.59$), quella meno percepita è il disgusto ($M=1.36$), mentre compassione e invidia non si differenziano tra loro ($p=1.000$) e sono rispettivamente più basse dell'ammirazione ($-2.708, p>.0001$; $-2.792, p<.0001$) e più alte del disgusto ($.517; p<.0001$; $.433, p<.0001$). Lo stesso avviene per lo psicologo delle cure primarie, per lo psichiatra e per il medico di base (come evidenziato nelle *Tabelle 5.5, 5.6, 5.7*).

Anche per l'assistente sociale l'emozione prevalente è l'ammirazione (anche se con un valore medio più basso rispetto alle altre professioni $M=3.9$), ma la meno percepita è in questo caso l'invidia, significativamente meno presente dell'ammirazione e della compassione, ma non del disgusto (vedi *Tabella 5.8*). Nel caso del sacerdote (vedi *Tabella 5.9*), invece, non c'è un'emozione prevalente e anche l'ammirazione sembra essere scarsa; l'emozione meno associata è l'invidia, significativamente meno presente rispetto a tutte le altre emozioni.

Tabella 5.4: Test di contrasti per lo Psicologo privato (PP)

	PCP_Ammirazione	PCP_Disgusto	PCP_Compassione	PCP_Invidia
PCP_Ammirazione	-	.000***	.000***	.000***
PCP_Disgusto	.000***	-	.000***	.001**
PCP_Compassione	.000***	.000***	-	1.000
PCP_Invidia	.000***	.001**	1.000	-

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Tabella 5.5: Test di contrasti per lo Psicologo delle Cure Primarie (PCP)

	PCP_Ammirazione	PCP_Disgusto	PCP_Compassione	PCP_Invidia
PCP_Ammirazione	-	.000***	.000***	.000***
PCP_Disgusto	.000***	-	.000***	.001**
PCP_Compassione	.000***	.000***	-	1.000
PCP_Invidia	.000***	.001**	1.000	-

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Tabella 5.6: Test di contrasti per lo Psichiatra (PS)

	PS_Ammirazione	PS_Disgusto	PS_Compassione	PS_Invidia
PS_Ammirazione	-	.000***	.000***	.000***
PS_Disgusto	.000***	-	.000***	.017*
PS_Compassione	.000***	.000***	-	1.000
PS_Invidia	.000***	.017*	1.000	-

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Tabella 5.7: Test di contrasti per il Medico di Base (MdB)

	MdB_Ammirazione	MdB_Disgusto	MdB_Compassione	MdB_Invidia
MdB_Ammirazione	-	.000***	.000***	.000***
MdB_Disgusto	.000***	-	.000***	.011*
MdB_Compassione	.000***	.000***	-	1.000
MdB_Invidia	.000***	.011*	1.000	-

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Tabella 5.8: Test di contrasti per l'Assistente Sociale (AS)

	AS_Ammirazione	AS_Disgusto	AS_Compassione	AS_Invidia
AS_Ammirazione	-	.000***	.000***	.000***
AS_Disgusto	.000***	-	.000***	.076
AS_Compassione	.000***	.000***	-	.000***

AS_Invidia	.000***	.076	.000***	-

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Tabella 5.9: Test di contrasti per il Sacerdote (S)

	S_Ammirazione	S_Disgusto	S_Compassione	S_Invidia
S_Ammirazione	-	1.000	.578	.000***
S_Disgusto	1.000	-	1.000	.000***
S_Compassione	.578	1.000	-	.000***
S_Invidia	.000***	.000***	.000***	-

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Anche confrontando le professioni, a livello multivariato c'è differenza tra le professioni su tutte le emozioni: in questa seconda MANOVA il fattore è la professione, mentre la variabile dipendente è l'emozione.

Tra tutte, la figura professionale maggiormente associata all'ammirazione (*Tabella 5.10*) è lo psicologo privato ($M=4.59$), che si differenzia dall'assistente sociale e dal sacerdote, ma non dalle altre. Assistente sociale e sacerdote sono le professioni meno ammirate.

Anche il disgusto è diverso in funzione della professione (*Tabella 5.11*). È maggiormente associato, infatti, al sacerdote ($M=2.35$), il quale si differenzia da tutte le altre figure.

Anche la compassione è maggiormente associata al sacerdote ($M=2.28$), che non si discosta dall'assistente sociale, mentre si differenzia da tutte le altre figure (vedi *Tabella 5.12*).

Per quanto riguarda l'invidia, invece, sacerdote e assistente sociale sono le figure meno invidiate (*Tabella 5.13*).

Tabella 5.10: Test di contrasti per l'Ammirazione

	Ammiraz_PCP	Ammiraz_PP	Ammiraz_PS	Ammiraz_MdB	Ammiraz_AS	Ammiraz_S
Ammiraz_PCP	-	1.000	1.000	1.000	.000***	.000***
Ammiraz_PP	1.000	-	1.000	1.000	.000***	.000***
Ammiraz_PS	1.000	1.000	-	1.000	.003**	.000***
Ammiraz_MdB	1.000	1.000	1.000	-	.002**	.000***
Ammiraz_AS	.000***	.000***	.003**	.002**	-	
Ammiraz_S	.000***	.000***	.000***	.000***	.000***	-

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Tabella 5.11: Test di contrasti per il Disgusto

	Disgusto_PCP	Disgusto_PP	Disgusto_PS	Disgusto_MdB	Disgusto_AS	Disgusto_S
Disgusto_PCP	-	1.000	1.000	1.000	.001**	.000***
Disgusto_PP	1.000	-	1.000	1.000	.000***	.000***
Disgusto_PS	1.000	1.000	-	1.000	.063	.000***
Disgusto_MdB	1.000	1.000	1.000	-	.039*	.000***
Disgusto_AS	.001**	.000***	.063	.039*	-	.000***
Disgusto_S	.000***	.000***	.000***	.000***	.000***	-

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Tabella 5.12: Test di contrasti per la Compassione

	Comp_PCP	Comp_PP	Comp_PS	Comp_MdB	Comp_AS	Comp_S
Comp_PCP	-	1.000	1.000	1.000	.062	.005**
Comp_PP	1.000	-	1.000	1.000	.034*	.007**
Comp_PS	1.000	1.000	-	1.000	.105	.018*
Comp_MdB	1.000	1.000	1.000	-	.003**	.004**
Comp_AS	.062	.034*	.105	.003**	-	1.000
Comp_S	.005**	.007**	.018*	.004**	1.000	-

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Tabella 5.13: Test di contrasti per l'Invidia

	Invidia_PCP	Invidia_PP	Invidia_PS	Invidia_MdB	Invidia_AS	Invidia_S
Invidia_PCP	-	1.000	1.000	1.000	.026*	.000***
Invidia_PP	1.000	-	1.000	1.000	.006**	.000***
Invidia_PS	1.000	1.000	-	1.000	.002**	.000***
Invidia_MdB	1.000	1.000	1.000	-	.009**	.000***
Invidia_AS	.026*	.006**	.002**	.009**	-	.002**
Invidia_S	.000***	.000***	.000***	.000***	.002**	-

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Risultati correlazioni e regressioni

Ho in seguito calcolato delle correlazioni per verificare, per ogni professione, a quale dimensione (di calore e competenza) fosse correlata ogni emozione e, successivamente, delle regressioni per emozione prevalente, in cui ho voluto analizzare se l'emozione prevalentemente percepita per ogni figura dipendesse a sua volta dal calore e/o dalla competenza percepiti.

Per quanto riguarda lo PCP, come emerge dalla *Tabella 5.14*, l'ammirazione è positivamente correlata con il calore ($r=.374$, $p<.01$) e con la competenza percepiti

($r=.528$, $p<.01$), ovvero all'aumentare di entrambe le dimensioni aumenta l'emozione di ammirazione. Il disgusto correla significativamente e in maniera negativa solo con la competenza ($r=-.214$, $p<.01$), così come la compassione ($r=-.138$, $p<.05$), mentre l'invidia non è associata alle due dimensioni.

*Tabella 5.14: Correlazioni tra emozioni e calore e competenza:
lo Psicologo delle Cure Primarie*

Dimensioni	Ammirazione	Disgusto	Compassione	Invidia
Calore	.374**	-.121	-.057	.047
Competenza	.528**	-.214**	-.138*	.111

* $p<.05$

** $p<.01$

A partire dall'analisi di queste correlazioni ho effettuato un modello di regressione lineare in cui è stata posta come variabile dipendente l'emozione prevalentemente percepita rispetto allo PCP, cioè l'ammirazione, e come predittori le dimensioni di calore e competenza. Questo modello spiega il 28% (R-quadrato adattato = .276) della variabilità dell'ammirazione. Inoltre la frazione di varianza spiegata da questo modello risulta essere statisticamente significativa per $F_{(2)} = 46,476$, $p < .001$. Al netto della competenza, il calore non è significativo. L'ammirazione percepita rispetto al PCP, quindi, dipende dalla percezione di competenza e non di calore. I coefficienti della regressione sono riportati in *Tabella 5.15*.

Tabella 5.15: Coefficienti della regressione

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	<i>t</i>	<i>sig.</i>
	<i>B</i>	Errore std.	<i>Beta</i>		
2. (Costante)	-1,388	,627		-2,215	,028
CALORE	,132	,127	,073	1,037	,301
COMPETENZA	,939	,137	,482	6,848	,000

Variabile dipendente: Ammirazione_PCP

Per quanto riguarda lo psicologo privato, come emerge dalla *Tabella 5.16*, l'ammirazione è positivamente correlata con il calore ($r=.320$, $p<.01$) e con la competenza percepiti ($r=.539$, $p<.01$), ovvero all'aumentare di entrambe le dimensioni aumenta l'emozione di ammirazione. Il disgusto correla significativamente e in maniera negativa sia con il calore ($r= -.130$, $p<.05$) sia con la competenza ($r=-.163$, $p<.05$), la compassione solo con la competenza ($r=-.157$, $p<.05$), mentre l'invidia non è associata alle due dimensioni.

Tabella 5.16: Correlazioni tra emozioni e calore e competenza: lo Psicologo Privato

Dimensioni	Ammirazione	Disgusto	Compassione	Invidia
Calore	.320**	-.130*	-.050	-.005
Competenza	.539**	-.163*	-.157*	.096

* $p<.05$

** $p<.01$

Ho effettuato poi un modello di regressione lineare in cui, come nel caso precedente, è stata posta come variabile dipendente l'ammirazione e come predittori calore e competenza. Questo modello spiega il 29% (R-quadrato adattato = .291) della variabilità dell'ammirazione. Inoltre la frazione di varianza spiegata da questo modello risulta essere statisticamente significativa per $F_{(2)} = 50,077$, $p <.001$. Anche in questo caso è significativa solo la competenza. I coefficienti della regressione sono riportati in *Tabella 5.17*.

Tabella 5.17: Coefficienti della regressione

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	<i>t</i>	<i>sig.</i>
	<i>B</i>	<i>Errore std.</i>	<i>Beta</i>		
3. (Costante)	-2,020	,669		-3,018	,003
CALORE	,148	,100	,091	1,482	,140
COMPETENZA	1,017	,126	,497	8,101	,000

Variabile dipendente: Ammirazione_PP

Anche per lo psichiatra l'emozione prevalente è l'ammirazione, la quale, come si vede in *Tabella 5.18*, correla positivamente sia con il calore ($r=.231, p<.01$) sia con la competenza ($r=.498, p<.01$). Anche la correlazione con il disgusto è significativa per entrambe le dimensioni (calore: $r= -.138, p<.05$, competenza: $r= -.254, p<.01$) ma in senso negativo, mentre compassione e invidia non risultano associate alle dimensioni.

Tabella 5.18: Correlazioni tra emozioni e calore e competenza: lo Psichiatra

Dimensioni	Ammirazione	Disgusto	Compassione	Invidia
Calore	.231**	-.138*	.023	.085
Competenza	.498**	-.254**	-.126	.105

* $p<.05$

** $p<.01$

Il modello di regressione spiega in questo caso il 25% (R-quadrato adattato = .247) della variabilità dell'ammirazione. Inoltre la frazione di varianza spiegata da questo modello risulta essere statisticamente significativa per $F_{(2)} = 40,139, p <.001$. Anche in questo caso l'unico contributo significativo è quello della competenza. I coefficienti della regressione sono riportati in *Tabella 5.19*.

Tabella 5.19: Coefficienti della regressione

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	sig.
	B	Errore std.	Beta		
(Costante)	-1,957	,719		-2,723	,007
CALORE	,118	,093	,075	1,269	,206
COMPETENZA	1,006	,126	,473	7,955	,000

Variabile dipendente: Ammirazione_PS

Per il medico di base, come si evince dalla *Tabella 5.20*, l'ammirazione correla positivamente e in maniera significativa con il calore ($r=.388, p<.01$) e con la competenza ($r=.585, p<.01$). Il disgusto correla negativamente con calore ($r=-.147, p<.05$) e competenza ($r=-.224, p<.01$), mentre l'invidia correla positivamente e in maniera significativa solo con la competenza ($r=.159, p<.05$). la compassione non è invece associata alle due dimensioni.

Tabella 5.20: Correlazioni tra emozioni e calore e competenza: il Medico di Base

Dimensioni	Ammirazione	Disgusto	Compassione	Invidia
Calore	.388**	-.147*	.038	.082
Competenza	.585**	-.224**	-.061	.159*

* $p<.05$

** $p<.01$

Il modello di regressione spiega in questo caso il 34% (R-quadrato adattato = .342) della variabilità dell'ammirazione. Inoltre la frazione di varianza spiegata da questo modello è statisticamente significativa per $F_{(2)} = 63,012, p < .001$. Anche in questo caso il contributo significativo è quello della competenza. I coefficienti della regressione sono riportati in *Tabella 5.21*.

Tabella 5.21: Coefficienti della regressione

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	sig.
	B	Errore std.	Beta		
(Costante)	-,459	,455		-1,009	,314
CALORE	,128	,098	,083	1,308	,192
COMPETENZA	,794	,094	,538	8,446	,000

Variabile dipendente: Ammirazione_MdB

Per quanto riguarda l'assistente sociale le correlazioni più forti sono tra ammirazione e calore percepito ($r = .624, p < .01$) e tra ammirazione e competenza percepita ($r = .530, p < .01$). Il disgusto correla negativamente e in maniera significativa sia con il calore ($r = -.391, p < .01$) sia con la competenza ($r = -.339, p < .01$). Compassione e invidia non sono associate.

Tabella 5.22: Correlazioni tra emozioni e calore e competenza: l'assistente sociale

Dimensioni	Ammirazione	Disgusto	Compassione	Invidia
Calore	.624**	-.391**	-.004	.123
Competenza	.530**	-.339**	-.077	.074

* $p < .05$

** $p < .01$

In questo caso il modello di regressione lineare costruito ha avuto come variabile dipendente l'ammirazione e come predittori le due dimensioni del modello del contenuto degli stereotipi, così come nei modelli precedenti. Il modello spiega però il 40% (R-quadrato adattato = .396) della variabilità dell'ammirazione. Inoltre la frazione di varianza spiegata è statisticamente significativa per $F_{(2)} = 79,376, p < .001$ e sia il calore sia la competenza hanno entrambe un contributo significativo: l'ammirazione, in questo caso, dipende sia dalla percezione di calore, sia dalla percezione di competenza. I coefficienti della regressione sono riportati in *Tabella 5.23*.

Tabella 5.23: Coefficienti della regressione

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	sig.
	B	Errore std.	Beta		
I. (Costante)	-1,265	,449		-2,816	,005
CALORE	,816	,118	,505	6,890	,000
COMPETENZA	,275	,124	,162	2,214	,028

Variabile dipendente: Ammirazione_AS

Infine nel caso del sacerdote due emozioni sono fortemente correlate alle due dimensioni di calore e competenza. Da un lato l'ammirazione correla positivamente e significativamente con il calore ($r=.558, p<.01$) e con la competenza ($r=.637, p<.01$) e il disgusto correla negativamente e significativamente con il calore ($r=-.444, p<.01$) e con la competenza ($r=-.431, p<.01$).

Tabella 5.24: Correlazioni tra emozioni e calore e competenza: il sacerdote

Dimensioni	Ammirazione	Disgusto	Compassione	Invidia
Calore	.558**	-.444**	.049	.065
Competenza	.637**	-.431**	.035	.058

* $p<.05$

** $p<.01$

Alla luce delle elevate associazioni tra le due dimensioni ed entrambe queste emozioni, e della mancanza in questa figura professionale di un'emozione prevalente, ho creato due modelli di regressione lineare.

Nel primo modello ho posto come variabile dipendente l'ammirazione e come predittori il calore e la competenza percepiti. Il modello spiega il 41% (R-quadrato adattato = .401) della variabilità dell'ammirazione. Inoltre la frazione di varianza spiegata è statisticamente significativa per $F_{(2)} = 83,024, p < .001$ con un contributo significativo della competenza. I coefficienti della regressione sono riportati in *Tabella 5.25*.

Tabella 5.25: Coefficienti della prima regressione

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	<i>t</i>	<i>sig.</i>
	<i>B</i>	<i>Errore std.</i>	<i>Beta</i>		
(Costante)	-,583	,274		-2,128	,034
CALORE	,165	,099	,137	1,660	,098
COMPETENZA	,628	,099	,527	6,379	,000

Variabile dipendente: Ammirazione_S

Nel secondo modello ho posto come variabile dipendente il disgusto, lasciando invariati i predittori. Il modello spiega il 21% (R-quadrato adattato = .207) della variabilità del disgusto con una frazione di varianza spiegata statisticamente significativa per $F_{(2)} =$

32,172, $p < .001$ con un contributo significativo sia del calore sia della competenza. Entrambe le dimensioni hanno quindi un'influenza nella riduzione di questa emozione negativa. I coefficienti della regressione sono riportati in *Tabella 5.26*.

Tabella 5.26: Coefficienti della seconda regressione

<i>Modello</i>	<i>Coefficienti non standardizzati</i>		<i>Coefficienti standardizzati</i>	<i>t</i>	<i>sig.</i>
	<i>B</i>	<i>Errore std.</i>	<i>Beta</i>		
<i>(Costante)</i>	4,936	,343		14,376	,000
<i>CALORE</i>	-,359	,125	-,275	-2,882	,004
<i>COMPETENZA</i>	-,274	,124	-,212	-2,213	,028

Variabile dipendente: Disgusto_S

5.5 Discussione

L'obiettivo di questo studio era duplice: da un lato, comprendere come viene percepito lo psicologo, quali sono le conoscenze sui professionisti della salute mentale e il personale contatto con queste figure e, dall'altro lato, studiare la percezione che i giovani adulti hanno rispetto alle figure implicate nella ricerca di aiuto, se vi sono analogie e differenze e come, tra queste, si inserisce la figura dello psicologo di cure primarie.

Per quanto riguarda il vissuto rispetto alla figura psicologica emerge innanzitutto che la maggior parte dei partecipanti (63.5%) non si è mai rivolto ad uno psicologo nella sua vita. Questo dato è in linea con la letteratura di riferimento che indica una difficoltà in particolare dei giovani adulti nel rivolgersi allo psicologo. Anche le motivazioni riportate sono coerenti con la letteratura: l'idea di non averne mai avuto bisogno, la volontà di risolvere i propri problemi in autonomia e la fatica ad esprimere ad altri le emozioni negative, seguiti dall'idea che sia necessario avere un problema grave per potersi rivolgere, o dall'aver fatto affidamento a familiari ed amici, ma anche a causa di timore e scetticismo nei confronti di questa figura e della terapia, su cui hanno un'influenza le opinioni del proprio sistema di riferimento. Emerge anche l'idea dello psicologo come ultima spiaggia, dopo che altri tentativi (confrontarsi con familiari e amici) sono falliti, o quando *“si ha raggiunto un certo limite per cui non si riesce più ad affrontare le cose da soli”*. Poche persone, invece, fanno chiaramente riferimento al timore dello stigma, anche

se questo aspetto emerge successivamente nel corso della conversazione. S'ipotizza, dunque, che questo ostacolo sia presente, ma probabilmente per alcuni aspetti di desiderabilità sociale riesca ad emergere in seguito con una domanda meno diretta.

Tra coloro che si sono rivolti allo psicologo, l'88% l'ha comunicato alla famiglia, mentre il 49% l'ha comunicato al gruppo dei pari.

La percentuale di coloro che hanno effettuato la comunicazione alla propria famiglia, rispetto al gruppo dei pari, è quasi il doppio più alta e questo potrebbe dipendere sia dalla paura della stigmatizzazione che è maggiore nei confronti dei pari, ma anche a causa di altri fattori contingenti: per i giovani, infatti, che spesso non hanno un'autonomia economica, ma non solo, la comunicazione alla famiglia diventa quasi una necessità, in quanto, come nei nostri partecipanti, sono i genitori a proporre al figlio di effettuare un percorso psicologico e spesso forniscono il sostegno economico. Tuttavia, sembra essere presente anche la paura del giudizio, in quanto una piccola percentuale d'intervistati afferma di non averlo comunicato per non dare l'idea di essere matti e per la paura di non essere compresi, timore che talvolta si è realizzato, in quanto alcuni partecipanti hanno detto che la loro scelta non è stata capita o che i genitori si sono messi a ridere.

La paura del giudizio, però emerge in maniera più chiara rispetto al gruppo dei pari. La principale motivazione alla comunicazione agli amici, infatti, è l'aver considerato il percorso psicologico come una cosa normale e da condividere con persone di cui ci si poteva fidare; anche le motivazioni alla non comunicazione riguardano questo tema: il timore di essere giudicato malato di mente, la riservatezza, il non voler far trasparire la debolezza, tanto che alcuni affermano di aersersi confidati solo con gli amici più stretti, o solo con il fidanzato/a oppure solamente a percorso finito.

Le percentuali relative alla comunicazione al gruppo di riferimento sono comunque abbastanza elevate. Questo potrebbe dipendere da un altro risultato emerso, ovvero il fatto che quasi l'87% dei partecipanti ha almeno un amico e/o familiare che si è rivolto nella propria vita allo psicologo. Questo aspetto potrebbe normalizzare l'idea di poter chiedere aiuto ad un professionista, anche se, dall'altro lato, questo dato appare in contrasto con la grande percentuale di persone che invece non si sono mai rivolte allo psicologo, spiegabile probabilmente con il fatto che vi sono altri importanti fattori di ostacolo, tra cui uno dei più importanti in questa ricerca sembra essere la volontà di volere risolvere autonomamente i problemi.

Questa propensione a cercare in maniera autonoma una risoluzione ai loro problemi (Rickwood et al., 2005; Rickwood et al., 2007) emerge anche tra le motivazioni rispetto a un eventuale ricorso futuro alla figura dello psicologo.

Solo il 30.3% dei soggetti afferma che in futuro potrebbe andare dallo psicologo, mentre il 17.6% non ci andrebbe, per le seguenti motivazioni: la volontà di risolvere i problemi in autonomia, la titubanza nel confidarsi con un estraneo, il senso di vergogna, la mancanza di fiducia nei confronti dell'altro, lo scetticismo nei confronti dello psicologo e il costo.

Il restante 48% circa dei giovani intervistati si mostra titubante e sostiene che vi farebbe ricorso solo se non si sentisse più autosufficiente o se non potesse contare sull'aiuto di famiglia e amici o se non ci fossero altre soluzioni possibili. Anche questi dati confermano i risultati emersi dagli studi descritti nei capitoli teorici, ovvero la preferenza verso le fonti informali di aiuto per fronteggiare un disagio di tipo psicologico (Rickwood et al., 2005; Rickwood & Braithwaite, 1994) e la volontà di rivolgersi ad uno psicologo solo come ultima possibilità (Hinson & Swanson, 1993). La prima ipotesi di questa ricerca risulta pertanto confermata.

Un'altra spiegazione è relativa alla gravità del problema percepito: i giovani dicono che ricorrerebbero allo psicologo solo qualora emergesse un problema molto grave: sono infatti utilizzati termini quali *“trauma”*, *“disperazione”*, *“disordine mentale”*, *“shock emotivo”*. Non vi è quindi l'idea che lo psicologo possa essere utile prima che il disturbo arrivi ad una soglia di attenzione clinica.

Nonostante, comunque, il 30% dei partecipanti dica di voler fare riferimento allo psicologo in futuro, la grande maggioranza (75.8%) non saprebbe a chi rivolgersi. Come ci si attendeva, invece, quasi la totalità di loro (il 97.5%) saprebbe come fare per raggiungere un medico di base, mentre il 74.2% non saprebbe a quale psichiatra rivolgersi. Questo dato, seppur intuitivo, è importante perché quasi la totalità dei soggetti sa a chi fare riferimento qualora si dovesse manifestare un disagio di tipo fisico, mentre ciò non avviene per quanto riguarda una problematica di tipo psicologico.

Rispetto ai mezzi che sarebbero utilizzati per informarsi su come poter raggiungere uno psicologo, le due risposte più frequenti sono state il passaparola (66.9%) e internet (55.3%), seguite dalla richiesta al medico di base (18%). Questo dato è fondamentale per quanto riguarda le ricadute applicative: se infatti il passaparola regna sovrano probabilmente da sempre rispetto alle opinioni e conoscenze rispetto alle figure di aiuto, per cui è intuitivo rivolgersi a professionisti di fiducia, di cui la propria rete sociale di

riferimento ha un'opinione positiva, i risultati presentano internet come mezzo altrettanto importante per presentare lo psicologo. A livello pratico dunque, gli psicologi stessi potrebbero utilizzare questo strumento non solo per farsi conoscere, ma anche per far conoscere la propria professione, soprattutto a questa fascia d'età, i cosiddetti *Millennial*, per cui internet fa parte della quotidianità: questo potrebbe permettere di avvicinare la psicologia alla possibile utenza, come ulteriore tassello per poter intercettare la sofferenza psicologica.

I risultati relativi all'ambito delle conoscenze, infatti, sono allarmanti, in quanto non solo quasi il 90% dei soggetti non conosce la differenza tra uno psicologo e uno psicoterapeuta, che potrebbe anche derivare dal fatto che il 70% non ha amici e/o familiari che svolgono questa professione, ma sembra esserci confusione anche tra psicologo e psichiatra. Purtroppo non è stato chiesto esplicitamente ai soggetti se conoscono la differenza tra le due figure; è stato però chiesto attraverso una domanda dicotomica vero/falso se secondo loro lo psichiatra avesse conseguito una laurea in psicologia e/o in medicina. Il 51.2% dei giovani ritiene che lo psichiatra abbia una laurea in psicologia e il 52.9% dei partecipanti, inoltre, pensa che lo psicologo prescriva farmaci o psicofarmaci: questi dati potrebbero far far pensare che le due professioni siano ancora confuse e inferire che, qualora fosse stata fatta una domanda diretta, tale percentuali potrebbero essere state ancora più numerose. Sono però necessarie ulteriori approfondimenti per poter rispondere a questa domanda che rimane aperta a causa della natura inferenziale di questo dato. È stato possibile constatare una scarsa conoscenza rispetto a ruolo e competenze dello psicologo (Ferguson, 2015; Lilinfeld, 2012).

Rispetto ai risultati inerenti l'eventuale accesso allo psicologo delle cure primarie è emerso che il 65.2% dei partecipanti afferma che si rivolgerebbe a questa figura qualora fosse presente nello studio del proprio medico di base. Rispetto alla domanda precedente formulata, ovvero "ti rivolgeresti ad uno psicoterapeuta in futuro?", la percentuale di persone che si rivolgerebbe allo psicologo aumenta notevolmente. Infatti, più del doppio dei rispondenti rispetto al numero precedente (74 contro 159 soggetti) si rivolgerebbe allo psicologo di base.

Tra le varie specificazioni: il 12.3% (N=30) vi si rivolgerebbe solo se si dovessero manifestare dei gravi problemi; il 4.92% (N=12) solo qualora fosse sicuro della sua competenza, mentre in caso contrario si orienterebbe verso uno psicologo che opera nel privato; il 4.09% (N=10) non lo sa e il 13.5% (N=33) non ci andrebbe, 6 dei quali

esplicitano di preferire il professionista privato. Anche il numero delle persone che non si rivolgerebbe ad uno psicologo di base diminuisce, anche se di poco, rispetto al numero di persone che non si rivolgerebbe ad uno psicologo psicoterapeuta (33 contro 43 soggetti).

Rispetto alla percezione di questa nuova figura, tra i principali benefici nominati vi sono una maggiore accessibilità in termini economici (32%), in termini logistici in quanto si saprebbe immediatamente a chi rivolgersi (25.8%) e una riduzione dello stigma (26.2%).

Indirettamente, quindi, emerge il tema del costo (Vogel & Wester, 2003; Vogel et al., 2005) tra i possibili ostacoli alla terapia e a tal proposito la gratuità dello psicologo di base risulta essere un fattore facilitante alla richiesta di aiuto. Altro facilitatore è la possibilità di ricorrere allo psicologo di base senza necessità di chiedere informazioni ad altri perché come avviene per il medico di base, si sa dove è collocato il suo studio ed è “vicino casa”.

Lo psicologo di base è presente presso l’ambulatorio del medico di famiglia, ed è quindi facilmente rintracciabile e oltretutto non occorre appuntamento. Le persone non avrebbero più il timore di sentirsi “matte” o stigmatizzate e “non è necessario né un invio, né una precisa domanda psicologica” (Solano, 2011b). Lo psicologo diventerebbe così più “familiare, intimo e personale”. Il lavoro congiunto permetterebbe alle persone di provare stima e fiducia verso lo psicologo così come viene provata nei confronti del medico (Liuzzi, 2011, pag. 44). Attraverso il lavoro congiunto, infatti, medico e psicologo condividono un approccio olistico alla malattia e questo probabilmente incoraggia i pazienti a percepire l’utilità dello psicologo nella gestione della malattia; “in termini di politica sanitaria, i risultati supportano l’inclusione dello psicologo nell’assistenza primaria in consultazione congiunta con il medico di famiglia come mezzo per accrescere l’accettazione della professione psicologica da parte dei pazienti” (Cordella, 2016).

La collaborazione medico-psicologo sarebbe funzionale alla riduzione dello stigma e terrebbe conto della complessità del soggetto in cui soma e psiche risultano essere facce di una stessa medaglia. Abbiamo avuto modo di vedere come lo stigma, ma anche costo, scarse conoscenze rispetto a ruolo e competenze dei professionisti della salute mentale, siano forti barriere alla richiesta di aiuto. Lo psicologo di base però grazie al suo possibile inserimento nelle cure primarie potrebbe ovviare a queste problematiche: è facilmente reperibile, è vicino all’utenza, offre un servizio gratuito.

Si potrebbe così aprire la strada ad una nuova mentalità, così come hanno sottolineato gli stessi partecipanti alla ricerca, in cui lo psicologo di base diventi, per le generazioni future, “la normalità”.

Emergono però anche delle criticità rispetto allo psicologo di base, per esempio il timore per la sua competenza, segnale anche di una scarsa stima nei confronti del settore pubblico, per la privacy e per una possibile mancanza di discrezione, oltre alla paura di un eccessivo utilizzo del servizio da parte dell'utenza.

Questi aspetti sono importanti per una futura implementazione, che dovrebbe porvi attenzione.

Riprendendo le ipotesi di ricerca, si può considerare confermata la prima ipotesi, rispetto alla presenza anche nei giovani adulti del territorio veneto, dei principali ostacoli rispetto alla richiesta d'aiuto ad un professionista riportati dalla letteratura di riferimento.

Per quanto riguarda la seconda parte dello studio, ovvero l'analisi dei vissuti che i giovani adulti hanno rispetto alle figure implicate nella ricerca di aiuto, se vi sono analogie e differenze e come, tra queste, si inserisce la figura dello psicologo di cure primarie, emerge che tutte le professioni studiate ricadono nel quadrante elevate competenza ed elevato calore, a differenza del sacerdote, che presenta elevato calore ma bassa competenza. Le analisi effettuate successivamente, però, chiariscono meglio le analogie e differenze tra le professioni.

Riassumendo i risultati principali in particolare rispetto alle due figure di formazione psicologica, emerge che la seconda ipotesi, ad esempio, relativa a una percezione positiva dello psicologo di cure primarie, risulta confermata. Come da attese, ho riscontrato, infatti, elevati punteggi sia di calore sia di competenza e un'emozione prevalente di ammirazione. Lo psicologo di base rientra infatti nel quadrante alto calore alta competenza.

Più in particolare, lo psicologo nelle cure primarie è percepito come più caldo rispetto a tutte le altre figure mentre si equivale in questa dimensione allo psicologo privato. Lo psicologo nelle cure primarie, pur rimanendo maggiormente competente rispetto ad assistente sociale e sacerdote, è visto come meno competente rispetto a psicologo privato e psichiatra. La competenza di tale figura viene equiparata a quella del medico di base.

Lo psicologo privato oltre ad essere percepito come più caloroso rispetto alle altre figure professionali, viene percepito anche come più competente rispetto al medico di base, all'assistente sociale, al sacerdote, e ugualmente competente rispetto allo psichiatra.

Lo psicologo privato, dunque, emerge come la figura più promettente, in quanto oltre ad essere ugualmente o più competente rispetto alle altre figure di aiuto è anche la più calorosa. Lo psicologo privato sembra "vincere" anche il confronto con lo psicologo di base: sono ugualmente calorosi, ma il primo è percepito più competente.

È necessario ricordare che in Italia, fatta salva qualche sperimentazione locale (Cordella et al., 2016; Solano et al., 2010), la figura dello psicologo nelle cure primarie non risulta istituita ed esercitante. La considerazione è doverosa in quanto la letteratura ha permesso di evidenziare come il contatto diretto con gli specialisti della salute mentale, abbia il potere di influenzarne in positivo la percezione (McGuire & Borowy, 1986; Hartwig & Delin, 2003; Cordella et al., 2016). Non è affatto escluso che la reale presenza di tale figura sul territorio, potesse produrre risultati diversi.

È interessante comunque notare come le due figure psicologiche vengano equiparate alle due figure mediche a livello di competenza: lo psicologo di base è percepito come ugualmente competente rispetto al medico di base, mentre lo psicologo psicoterapeuta è percepito come ugualmente competente rispetto allo psichiatra.

Tale equivalenza nell'abilità di cura è un risultato importante. Lo psichiatra è tra le figure maggiormente ritenute competenti, ma, mentre la letteratura ci informa di tale primato dipingendolo incontrastato (Warner & Bradley, 1990; Fall et al., 2000), egli qui appare allo stesso livello di competenza rispetto allo psicologo privato.

Alcuni autori hanno ritenuto che il vantaggio legato alla competenza dello psichiatra, potesse essere attribuito alla sua identità maggiormente definita ed al suo campo d'intervento maggiormente riconoscibile (Fall, K.A., Levitov, J.E., Jennings, M., & Eberts, S., 2000). Estendendo questo criterio agli psicologi, i risultati qui proposti vedono notevolmente aumentata la competenza dello psicologo privato.

Da un lato si potrebbe pensare che forse gli psicologi sembrano aver trovato una loro collocazione più chiara: probabilmente viene loro riconosciuta una puntuale preparazione che li legittima come figura competente, dall'altro lato, un'interpretazione più pessimistica di questo dato, ma forse più realistica, che emerge anche dai risultati qualitativi è che invece vi sia ancora confusione tra psicologo e psichiatra, che potrebbe spiegare l'equivalenza nella competenza percepita.

La terza ipotesi, quindi, che riguardava il confronto tra psicologo e psichiatra risulta solo parzialmente confermata. Ci si aspettava, infatti, un vantaggio in termini di competenza nello psichiatra, mentre su questa dimensione i due si equivalgono, ed un maggior calore percepito nello psicologo, aspettativa che ha invece trovato riscontro nei dati. Rispetto all'emozione, per entrambi prevale l'ammirazione.

Lo psichiatra è la figura più fredda di tutte, e ugualmente fredda rispetto a quella del sacerdote.

Medico di base, assistente sociale e sacerdote sono percepiti meno competenti nel trattare il disagio psichico rispetto alle figure di formazione psicologica (il medico perde il confronto solo con lo psicologo privato, mentre si equivale in competenza percepita rispetto al PCP). Il medico di base, inoltre, è anche meno caloroso delle figure psicologiche, seppur più caloroso dello psichiatra.

La quarta ipotesi, secondo cui ci si aspettava di trovare una minore competenza percepita rispetto agli psicologi ed allo psichiatra, almeno per quanto riguarda l'assistente sociale è confermata, mentre l'ipotesi relativa al medico di base era esplorativa. L'assistente sociale è percepito più caloroso e più competente solo rispetto al sacerdote, mentre rispetto alle altre figure si discosta notevolmente in senso peggiorativo.

Infine la quinta ipotesi è parzialmente confermata: come ipotizzato, il sacerdote presenta una bassa competenza. Ciò è in linea con la letteratura che avanzava dubbi proprio sulla preparazione dei ministri: pur trovandosi a gestire angosce, lutti, problemi esistenziali posti dai fedeli, essi non vengono percepiti come competenti per rispondere a questioni di aiuto (Schindler et. al., 1987; Taylor et al., 2011). Dai dati emersi, il sacerdote appare la figura meno competente, più fredda degli psicologi e dell'assistente sociale. Il calore percepito rispetto a tale figura, lo pone a livelli dello psichiatra e del medico di base.

Considerando dunque le dimensioni di calore e competenza, la figura che attualmente trova maggior gradimento tra i giovani adulti sembra essere quella dello psicologo privato. Le figure che combinano insieme sia calore sia competenza sono le due figure psicologiche, mentre verso lo psichiatra sembra esserci ambivalenza, probabilmente perché è una figura che incute ancora timore, come si evince anche dai risultati qualitativi. Le figure più elevate in competenza sono quelle specialistiche, ovvero lo psicologo privato e lo psichiatra.

Rispetto alle emozioni, emerge in generale che per lo psicologo privato, lo psicologo delle cure primarie, lo psichiatra e il medico di base i partecipanti provano un'ammirazione media, un disgusto minimo e compassione e invidia basse. I risultati sono differenti invece per l'assistente sociale e il sacerdote. Per il primo, l'ammirazione è più bassa rispetto alle figure professionali precedenti. In aggiunta c'è un lieve incremento della compassione. Per il sacerdote invece, c'è scarsa ammirazione, mentre disgusto e compassione si elevano rispetto alle figure precedenti e diminuisce l'invidia.

Il fatto che l'ammirazione rispetto alle due figure psicologiche sia presente, ma a un livello medio, non elevato, potrebbe essere in linea con un altro risultato emerso dai dati

qualitativi e dal questionario: la ricerca, infatti, ha permesso di confermare un atteggiamento scettico verso il terapeuta e la terapia. È stato chiesto ad esempio quale professione il partecipante vorrebbe che svolgesse il proprio figlio (reale o ipotetico). È interessante notare che tra le figure elencate effettivamente la prescelta è lo psicologo privato (31.1%), seguita dal medico di base (30.3%), dallo psichiatra (15.2%), dall'assistente sociale (13.9%) e solo in ultima posizione dal sacerdote (2.9%), ma l'opzione più scelta è stata "Nessuna delle precedenti" da circa metà campione (45.1%).

Già nel lavoro di Guest (1948) "The public's attitudes toward psychologists. American Psychologist", venivano indagati gli atteggiamenti verso gli psicologi e confrontati con quelli verso ingegneri, architetti, economisti e chimici. Anche se quasi il 62% degli intervistati ha riportato una buona impressione verso gli psicologi, tale occupazione non rientrava tra quelle desiderate per i propri figli in quanto lontana dal garantire un certo prestigio sociale e un adeguato sostentamento economico.

Come si evince anche dai risultati sopra esposti in termini di calore e competenza percepita è vero che le figure psicologiche sembrano vincere il confronto con le altre, ma probabilmente l'atteggiamento verso queste professioni non è ancora del tutto positivo, come dimostrano bene anche i dati qualitativi.

Rispetto alle emozioni la divisione in cluster emersa chiarisce ancora meglio come queste figure si comportano: assistente sociale e sacerdote rientrano in due cluster separati, mentre le professioni psicologiche e quelle mediche si assomigliano. Anche in questo caso i confronti successivi chiariscono squisitamente questi risultati.

Per lo psicologo di cure primarie, lo psicologo privato, il medico e lo psichiatra l'emozione prevalente è l'ammirazione, e quella meno percepita è il disgusto, mentre compassione e invidia non si differenziano tra loro, anche se sono più basse dell'ammirazione e più elevate del disgusto. Tra tutte, però, la figura professionale maggiormente associata all'ammirazione è lo psicologo privato, che si differenzia dall'assistente sociale e dal sacerdote, ma non dalle altre.

Infine, andando ancora più in profondità, per quanto riguarda il PCP, l'ammirazione è associata positivamente alla competenza e al calore percepiti, ovvero all'aumentare di competenza e calore aumenta l'ammirazione percepita, mentre il disgusto è associato negativamente solo alla competenza, così come la compassione, ovvero all'aumentare della competenza diminuisce il disgusto e la percezione di compassione. Analizzando però

il ruolo simultaneo di queste due dimensioni sull'emozione prevalente di ammirazione, emerge che essa dipende solo dalla competenza percepita e non dal calore.

Per quanto riguarda lo psicologo privato, all'aumentare di calore e competenza aumenta l'ammirazione e diminuisce il disgusto. Anche in questo caso al diminuire della competenza percepita, inoltre, aumenta anche la percezione di compassione. Anche per lo psicologo privato l'emozione prevalente di ammirazione dipende dalla competenza.

Rispetto allo psichiatra, all'aumentare di competenza e calore aumenta l'ammirazione e diminuisce il disgusto e l'emozione prevalente di ammirazione dipende dalla competenza.

Rispetto al medico, all'aumentare di competenza e calore aumenta l'ammirazione e diminuisce il disgusto, così come per lo psichiatra e lo psicologo privato, ma in questo caso emerge anche il ruolo dell'invidia, che aumenta all'aumentare della competenza.

Anche per questa professione l'ammirazione dipende esclusivamente dalla competenza.

Anche per l'assistente sociale l'emozione prevalente è l'ammirazione, che aumenta all'aumentare di calore e competenza percepiti e dipende da entrambe, ma la meno percepita è in questo caso l'invidia, significativamente meno presente dell'ammirazione e della compassione, ma non del disgusto. La seconda MANOVA però chiarisce che assistente sociale e sacerdote sono, tra tutte, le professioni meno ammirate, oltre ad essere quelle meno invidiate.

Nel caso del sacerdote, infatti, non c'è un'emozione prevalente; effettuando il secondo confronto emerge che il disgusto e la compassione sono maggiormente associate al sacerdote, come espresso nella quinta ipotesi. Si è visto, però, che all'aumentare di competenza e calore aumenta l'ammirazione e diminuisce il disgusto e l'ammirazione dipende dalla competenza. Il disgusto, invece, dipende sia dal calore sia dalla competenza.

Una ricaduta applicativa importante che emerge da questi dati riguarda sicuramente la figura del PCP, soprattutto rispetto alla dimensione di competenza percepita. La domanda che a mio avviso emerge da questi dati è come si può fare per accrescere l'immagine di competenza del PCP qualora venisse implementato, non solo perché un timore rispetto alla sua competenza è emerso dai risultati qualitativi, ma anche perché si è visto che è dalla percezione di competenza che dipende l'emozione di ammirazione a lui associata e che all'aumentare della competenza percepita diminuisce anche il disgusto. Se si è detto che l'emozione elicit il comportamento, lavorando sulla sua competenza, si potrebbe aumentare l'ammirazione percepita e di conseguenza il comportamento di avvicinamento.

Si potrebbe per esempio lavorare sulla sua formazione, ma questo tema sarà ripreso nel capitolo dedicato alle conclusioni finali.

Anche questa ricerca non è esente da limiti. Innanzitutto, l'unico criterio di esclusione adottato nel presente lavoro è legato al percorso di studio dei partecipanti. Si è infatti ritenuto opportuno escludere chi frequenta o ha frequentato la facoltà di psicologia, di medicina, di servizio sociale e di seminariato, considerando la loro formazione come elemento che avrebbe potuto influenzare la loro percezione circa determinate figure di aiuto. Una futura ricerca potrebbe includere anche studenti con questa formazione per poterli confrontare con i partecipanti del presente studio.

Un altro limite è il non aver considerato, tra le altre, la figura dell'educatore: una futura ricerca potrebbe prevedere lo studio anche di questo ruolo professionale.

Un altro importante limite è il fatto di non aver chiesto ai partecipanti se fossero credenti e /o praticanti. Come emerge dai grafici, infatti, la figura del sacerdote è quella per cui i giudizi sembrano i più vari e s'ipotizza che questo dipende dalla propria situazione religiosa: la mancanza di questo dato, però, purtroppo, non ci permette di fare distinzioni tra credenti e non, perdendo così un'importante informazione.

Capitolo sesto: LA SPERIMENTAZIONE VENETA DELLO PSICOLOGO DI BASE

“Mettere insieme due figure così...

lo sottoscrivo veramente...

*Se all'inizio l'invio allo psicologo era una specie di ultima spiaggia,
nei mesi è diventato sempre il primo approccio che io ho pensato di fare,
soprattutto per evitare il farmaco”*

Un medico coinvolto nella sperimentazione.

6.1 Introduzione

Abbiamo visto nei capitoli precedenti come l'accesso allo psicologo in Italia sia difficile a causa di diversi aspetti, e si evidenzia per il nostro Paese un bisogno di consultazioni che non trova espressione nella realtà clinica odierna. La maggior parte delle persone si rivolge al Medico di Medicina Generale, il quale però non è sempre preparato a trattare tipologie di disturbo che avrebbero più benefici da un intervento di tipo psicologico (Martin et al., 2007). Questo incide non solo nel benessere generale del paziente, ma anche nella spesa sanitaria, sia a livello diretto, con la prescrizione di farmaci e di visite mediche specialistiche non necessarie, sia indirettamente attraverso il numero di assenze lavorative, soprattutto per quei pazienti con tendenze alla somatizzazione, i quali hanno una maggiore probabilità di essere disoccupati e, spesso, frustrati dal non trovare risposta ai propri problemi, cambiano medico di medicina generale, incrementando in maniera circolare il ricorso a questo professionista (Katon et al, 1991; Bermingham et al., 2010). Lo psicologo è quindi spesso consultato solo quando gli altri tentativi di cura sono falliti e i sintomi si sono aggravati (Solano, 2009).

Il Piano Europeo d'Azione per la Salute Mentale (European Mental Health Action Plan, WHO 2013-2020) sottolinea l'importanza di dotarsi di azioni efficaci per rafforzare la salute e il benessere psicologico degli individui. A partire da queste considerazioni risulta evidente come, in linea con le prospettive e le altre esperienze europee, occorra fornire una risposta adeguata ai bisogni di salute della popolazione, agendo prima che il disturbo a livello ancora subclinico si trasformi in patologia conclamata e richieda interventi più lunghi, complessi e costosi. Alla luce di queste consapevolezze è nata l'ipotesi che, a

seguito dell'intervento di uno psicologo in un contesto di cure primarie, primo contatto che individui e famiglie hanno con il Servizio Sanitario e costituiscono l'intervento di cura più vicino e accessibile per il cittadino (Liuzzi, 2016), e in questo caso di medicina generale, ci sia un aumento del benessere nei pazienti il cui malessere psicologico non è così grave da richiedere un intervento specialistico.

Per intercettare questa domanda di assistenza psicologica inespressa, dunque, è nata nel 2014 la sperimentazione della Regione Veneto della figura dello Psicologo di base (DGR 76/2014), condotta in diversi studi medici nelle ULSS n.4 "Alto Vicentino", con la collaborazione del gruppo di Medici "Ascledum" operativo all'interno della "Casa della Salute" e nell' ULSS n.7 "Pieve di Soligo" con il gruppo "MED 10" di Cappella Maggiore. L'idea è che un intervento precoce permetta di migliorare nella popolazione il benessere, inteso come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solo di assenza di malattia (OMS, 2001), nonché ridurre gli accessi impropri ai servizi medici e la somministrazione di psicofarmaci ed altre prescrizione sanitarie. Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 ha dato, infatti, centralità al tema dell'umanizzazione dei servizi, inserendo la figura dello psicologo anche negli Ospedali e valorizzando i ruoli territoriali. In questo capitolo utilizzerò sia la terminologia “psicologo delle cure primarie (PCP)”, in linea con quanto fatto in tutta la tesi e nei paesi esteri, e “psicologo di base”, in linea con il linguaggio utilizzato nella delibera veneta, facendo però riferimento alla medesima figura.

La Regione ha poi proposto di prorogare di 6 mesi la durata del progetto in quanto l'inizio della sperimentazione, ufficialmente previsto per il 1 settembre 2014 ha avuto un leggero ritardo e si è avviata lentamente (1 gennaio 2015), poiché i referenti aziendali hanno dovuto promuovere e formare i medici di famiglia; nel mese di maggio 2015, dopo la presentazione della prima fase del progetto, è stata stipulata una convenzione con il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università di Padova per uno studio ed una valutazione puntuale e con un metodo rigoroso e scientifico di valutazione dell'esito.

È in questa seconda fase della sperimentazione, dunque, che il gruppo di ricerca è entrato in scena e i dati qui riportati fanno riferimento a tale momento, che va da maggio 2015 a maggio 2016.

Sulla base di queste premesse teoriche, riassuntive di quelle esplicitate in tutta la tesi, sono nati i cinque principali obiettivi di questa ricerca:

- 1) presentare la struttura della sperimentazione e il protocollo di ricerca nei termini della modalità di accesso, del tipo d'intervento offerto e del monitoraggio svolto;
- 2) descrivere i risultati ottenuti dando voce ai punti di vista dei medici e degli psicologi coinvolti, fornendo dati sull'utenza interessata (a), ovvero le caratteristiche sociodemografiche e psicologiche dei pazienti che sono stati intercettati dal medico di base come portatori di una sofferenza psicologica, (b) sulle ragioni dell'invio, ovvero la problematica da lui riscontrata che ha motivato l'invio allo psicologo; (c) sulle alternative dell'invio, ovvero mostrare quali alternative avrebbe proposto il medico qualora non avesse potuto usufruire del PCP. In questo senso, si è voluto valutare se la presenza del PCP potesse ridurre l'intenzione di prescrivere farmaci e analisi specialistiche, non l'effettiva prescrizione, un dato che non è stato possibile monitorare e che potrebbe essere ricavato in fasi future.
- 3) Valutare l'efficacia della sperimentazione relativamente all'intercettazione di quella domanda psicologica che esiste, ma che non viene espressa, e all'aumento del benessere psicologico dei pazienti che hanno beneficiato del servizio. L'ipotesi è che, a seguito dell'intervento di uno psicologo in un contesto di medicina generale, in pazienti il cui malessere psicologico non è così grave da richiedere un intervento specialistico di secondo livello, ci sia un aumento degli indici di benessere.
- 4) Ci si propone inoltre di comparare i punteggi di benessere degli utenti che hanno usufruito del servizio con quelli della popolazione normativa italiana.
- 5) Infine il quinto obiettivo è fornire un resoconto qualitativo dell'esperienza dal punto di vista dei medici e degli psicologi coinvolti.

6.1.1 Descrizione del servizio

Questo paragrafo risponde al primo obiettivo: presentare la struttura della sperimentazione e il protocollo di ricerca nei termini della modalità di accesso e del tipo d'intervento offerto. Il tipo di monitoraggio è più chiaramente specificato nel paragrafo inerente la procedura.

Per intercettare la domanda di assistenza psicologica inespressa, nella regione Veneto a partire da gennaio 2015 è stato sviluppato un servizio di Psicologia di Cure Primarie presso due medicine di gruppo del Veneto che fanno capo ai Distretti Socio sanitari, l'ULSS 4 (Comune di Thiene, VI) e l'ULSS 7 (Comune di Cappella Maggiore, TV).

L'invio allo psicologo è avvenuto in seguito alla segnalazione da parte del medico di base il quale riscontrava nel paziente problematiche di tipo psicologico o non strettamente medico. Questi consigliava al paziente di effettuare alcuni incontri con lo psicologo presente per mezza giornata a settimana nella stessa struttura (MIG, Medicina di Gruppo Integrata), secondo quella che in letteratura viene definita relazione co-locata (Blount, 2003). L'idea è quella di affiancare al medico di base uno psicologo esperto in possesso, quali requisiti minimi, di laurea magistrale in Psicologia e di specializzazione in psicoterapia riconosciuta dal MIUR. Inoltre deve avere competenze diagnostiche e di screening, consolidate capacità di tipo psicoterapeutico, di lavoro di rete e, infine, deve avere conoscenze in materia di legislazione sanitaria. Gli psicoterapeuti coinvolti afferivano a diverse scuole di psicoterapia e avevano pertanto approcci psicoterapeutici diversi.

Se il paziente era d'accordo veniva stabilita una serie di colloqui gratuiti con lo psicologo di base, per un numero massimo di quattro, della durata di un'ora, svolti in uno studio adatto a garantire la privacy della consultazione e tutte le caratteristiche del setting previste per un normale colloquio psicologico. Il ciclo di incontri con lo psicologo era volto a valutare e ad analizzare la domanda, individuare le situazioni a rischio, mobilitare le risorse del paziente, promuovere stili di vita sani e a effettuare una valutazione dell'intervento. Il ruolo dello psicologo consisteva prevalentemente nell'analisi della domanda psicologica posta dall'utente con la possibilità di accoglierla e di offrire indicazioni e suggerimenti comportamentali. A seconda del tipo di domanda presentata, il ciclo di colloqui poteva risultare sufficiente per affrontare e risolvere la problematica o poteva essere rivolto a riorientare la richiesta verso servizi più appropriati o servizi specialistici (ad esempio Centri Psicosociali, Servizi per le Tossicodipendenze, Gruppi di auto-aiuto, CSM, psicoterapeuti). Il costo dell'intervento del PCP è stato coperto dal budget ordinario delle ULSS, in quanto gli psicologi coinvolti dedicavano alcune delle ore previste nel loro normale contratto di lavoro: non sono stati quindi stanziati dei fondi aggiuntivi.

L'obiettivo generale dello psicologo di base è, come sopra menzionato, quello di promuovere la salute, rafforzando l'empowerment della persona nella gestione dei propri stili di vita e di fornire una prima risposta alle richieste più comuni di salute e benessere. Il PCP, dunque, non si è occupato d'intervenire sulla psicopatologia, in quanto in ottica di "psicologo generalista" ha avuto l'obiettivo di intercettare le situazioni di disagio che altrimenti non sarebbero state espresse, promuovere la salute e gli stili di coping del paziente aiutandolo a diventare più attivo nei confronti dei suoi conflitti e, qualora ravvisasse la necessità di un aiuto più approfondito, invitarlo a continuare il percorso psicologico attraverso l'aiuto di uno psicoterapeuta, oppure inviandolo ai servizi di secondo livello.

L'obiettivo del presente studio e del gruppo di ricerca dell'Università di Padova che si è occupato del progetto è valutare se lo psicologo in un contesto di medicina generale può essere efficace nel migliorare le condizioni di salute dei pazienti che normalmente si rivolgono al medico di medicina generale, pur presentando problematiche di tipo psicologico.

6.2 Metodo

6.2.1 Procedura e strumenti

La procedura ha previsto diversi momenti di valutazione e i risultati sono stati valutati separatamente per il MMG, per il PCP e per l'utenza.

Innanzitutto, il MMG ha compilato una prima scheda creata ad hoc per lo studio per tutti i pazienti che hanno accettato l'invio allo psicologo.

Nella *scheda medico* sono stati riportate le caratteristiche socio-demografiche degli utenti (età, genere, condizione lavorativa) e se avessero avuto esperienze di consultazioni psicologiche precedenti. Successivamente il medico indicava, secondo il suo giudizio, quali fossero le problematiche presentate dal paziente e quindi le ragioni dell'invio, a partire da un elenco di 14 differenti possibilità che gli veniva fornito, potendo sceglierne più di una. Un esempio di item era "aspetti depressivi". Inoltre il medico doveva indicare le alternative all'invio, ovvero quale/i sarebbero state le alternative intraprese qualora non ci fosse stata la possibilità di un invio allo psicologo di base. Una possibile scelta era "rilascio certificato di malattia/astensione dal lavoro" oppure "prescrizione di analisi". La scheda medico serviva, oltre che per valutare alcuni aspetti inerenti al protocollo di

valutazione, anche come scheda riassuntiva per lo psicologo.

Lo psicologo di base, a sua volta, compilava una *scheda psicologo* sempre costruita ad hoc per la ricerca al termine dei colloqui, che fungeva anche da restituzione cartacea per il medico che aveva effettuato l'invio. Nella scheda doveva indicare tipo di problematica presentata, ad esempio "eventi fisiologici del ciclo di vita", a partire anch'egli da un elenco di possibili sintomi, in cui poteva scegliere più di un'opzione, il numero di colloqui effettuati e le date, nonché dare indicazioni rispetto al tipo d'intervento fornito. Infine doveva compilare un breve resoconto sull'esito dell'intervento.

A ciascun utente, infine, è stato somministrata la versione italiana del *General Well-Being Index* (Dupuy, 1984; trad.it. Grossi et al., 2002), uno dei questionari self-report più usati nella valutazione degli aspetti di benessere generale della persona, secondo diverse dimensioni: ansia, depressione, positività e benessere, autocontrollo, salute generale, e vitalità. Il questionario fornisce inoltre un indice globale di benessere. Non si tratta, quindi, di uno strumento di screening con la psicopatologia, in linea con le premesse teoriche sopra esposte, ma è stato utilizzato per misurare la percezione soggettiva dei partecipanti del proprio stato di salute psicologica. Chi compila il questionario è invitato a riferirsi alla propria esperienza nelle ultime quattro settimane e di scegliere un'alternativa di risposta: un esempio di item è: "Nelle ultime 4 settimane, mi sono svegliato fresco e riposato". Il questionario si compone di 22 item con risposta a scelta multipla su scala likert da 0 ("totalmente in disaccordo") a 5 ("totalmente d'accordo"). Le sei scale sono composte da un minimo di 3 ad un massimo di 5 item: pertanto, il punteggio che si ottiene ad ogni scala varia a seconda del numero di item della scala stessa: ad esempio il punteggio che si ricava dalla scala che indaga la dimensione dell'ansia può andare da un minimo di 0 ad un massimo di 25; per la scala che indaga la dimensione della depressione, si può ottenere un punteggio che va da un minimo di 0 ad un massimo di 15. Inoltre alcuni item sono invertiti e sono graduati per frequenza e intensità delle domande, in modo tale che il paziente debba mantenere alta la concentrazione per compilarlo correttamente. Il questionario permette di ottenere un punteggio finale, che tiene conto di questi aspetti. Tale punteggio varia da 0 (condizione di minimo benessere) a 100 (condizione di massimo benessere). Questo range può essere a sua volta suddiviso in quattro livelli: da 0 a 60 distress severo, da 61 a 72 è presente un distress moderato, da 73 a 97 no distress e da 97 a 110 si segnala una condizione di benessere psicologico (Grossi et al., 2006). Il self-report è stato somministrato in tre momenti: prima dell'inizio dei colloqui (condizione pre-

test, T0), al termine dei colloqui (condizione post-test, T1) e a distanza di un mese dal termine dei colloqui (follow-up, T2), al fine di valutare il cambiamento di diversi indici di benessere nel tempo. La versione italiana del PGWBI ha un'adeguata validità e consistenza interna (Grossi et al., 2002). In questa ricerca gli alpha di Cronbach risultano da buoni a molto buoni nei tre tempi (punteggio totale = .94, .95, .95; ansia = .86, .91, .87; depressione = .87, .82, .82; positività e benessere = .86, .84, .82; autocontrollo = .68, .64, .66; salute generale = .53, .65, .61 and vitalità = .87, .82, .78).

Tutti i partecipanti alla ricerca hanno firmato il consenso informato, e, successivamente, i loro dati sono stati trattati in maniera anonima e inseriti nei database.

A maggio 2016 sono state effettuate delle interviste strutturate e due focus group al personale coinvolto nella sperimentazione per un totale di 5 interviste (un medico nell'ULSS4, due medici nell'ULSS7, uno psicologo per ULSS) e due focus group (uno per ULSS).

L'obiettivo generale delle interviste era di far luce sugli aspetti di forza e di debolezza di questa prima esperienza dello psicologo di base per farne un bilancio, intervistando chi è stato coinvolto in prima persona nel progetto.

Le interviste e i focus group, riportati in Appendice C (pag: 391-392) sono stati condotti da un membro del gruppo di ricerca; sono state audioregistrate, e poi da me trascritte verbatim ed analizzate.

Sono state approfondite in generale tre macro-aree:

1. Procedure di valutazione:
 - Esaustività e adeguatezza delle schede medico-psicologo
 - Resistenze o problematiche connesse al questionario
2. L'intervento:
 - Coinvolgimento e collaborazione Medico-Psicologo
 - Pazienti (es. tipologia di paziente)
 - Altri aspetti (es: competenze necessarie)
3. Soddisfazione e Criticità.

Già a questo punto della trattazione è d'obbligo fornire una specificazione: come si vedrà in fase di discussione, uno dei principali limiti di questa ricerca è stato proprio il mancato ottenimento di alcuni dati. Mentre per quanto riguarda le interviste abbiamo i dati di entrambe le ULSS, i dati quantitativi completi sono pervenuti solamente dall'ULSS 7 (scheda medico, scheda psicologo e questionario compilato dal paziente) mentre per

quanto riguarda l'ULSS 4 abbiamo a disposizione solo risultati molto parziali (relativi esclusivamente alla scheda medico), che ho scelto pertanto di non riportare in questo capitolo, ma di presentare solo in Appendice C per poter comunque avere una visione d'insieme: i dati relativi alla scheda medico pervenuta in ULSS 4 sono in ogni caso coerenti con quelli relativi all'ULSS 7 e dunque non modificano concettualmente la discussione finale. A sua volta anche nell'ULSS 7 sono giunti al gruppo di ricerca risultati parziali, in quanto talvolta non è stato possibile rintracciare i pazienti per il follow-up e altre motivazioni descritte nel paragrafo successivo, sia poiché talvolta la scheda compilata dallo psicologo non risultava completa o non è mai stata restituita.

La strumentazione completa è riportata in Appendice C.

6.2.2 Partecipanti

Tra maggio 2015 e maggio 2016 nell'ULSS 7 sono stati inviati dal medico al PCP 115 pazienti reclutati all'interno del progetto sperimentale. Di questi, 69 (60%) hanno completato l'intera procedura.

Le cause di mancata compilazione del questionario per i rimanenti 46 partecipanti sono state le seguenti: la maggior parte si è rifiutata di tornare per compilare il questionario al follow-up a un mese (16) oppure alla fine dei colloqui (5) per ragioni che non sono a noi conosciute, di altri non abbiamo la compilazione nei tre tempi in quanto sono stati inviati a servizi psichiatrici di secondo livello (9), oppure hanno rifiutato l'intervento psicologico (8); 1 paziente si è rifiutato di compilare lo strumento e dei 7 pazienti rimanenti non abbiamo informazioni.

A causa della mole di dati mancanti, il gruppo di ricerca ha scelto di analizzare i risultati solo degli utenti che hanno compilato il questionario di benessere nei tre tempi previsti dalla procedura empirica.

I partecipanti sono in maggioranza donne (71%, N= 49) con un'età compresa tra i 17 e i 92 anni (M= 46,7; DS= 15,04); sono lavoratori (57.9%), casalinghe (13%), disoccupati (11.6%), pensionati (11.6%), e studenti (5.9%).

Il 93% (N=107) degli utenti ha accettato l'invio al PCP. Tra questi ben l'84% non aveva mai consultato uno psicologo nell'arco della propria vita.

Due sono stati gli psicologi coinvolti, i quali hanno garantito la loro presenza ciascuno per mezza giornata a settimana, per un totale di dieci ore settimanali, in uno studio accanto a

quello del medico. Gli psicologi erano anche psicoterapeuti, con due diversi approcci teorici di riferimento.

6.3 Metodo di analisi dei dati

Sono state effettuate delle statistiche descrittive per analizzare i risultati relativi alla scheda medico e alla scheda psicologo.

Si è proceduto successivamente alla misura del cambiamento nei punteggi del benessere dei pazienti al termine dei colloqui (T1) e al follow-up a un mese (T2). Per tale valutazione è stato utilizzato un modello lineare generale a misure ripetute, per vedere se vi fossero differenze tra il T0, il T1 e il T2 nel punteggio ottenuto da ciascuna dimensione e nel punteggio globale. È stato anche condotto un test post hoc con correzione di Bonferroni. Infine per comparare i punteggi al questionario con quelli della popolazione normativa italiana è stato effettuato un t-test per campioni indipendenti.

Le interviste e i focus group sono stati invece analizzati secondo un metodo qualitativo carta e matita avendo in mente come categorie di confronto le linee guida EMHAP.

6.4 Risultati

Rispetto al primo obiettivo, ovvero la descrizione della sperimentazione e del protocollo ricerca ci si può rifare ai paragrafi precedenti.

I risultati degli obiettivi successivi, invece, sono riportati in questo paragrafo.

Anche i risultati, così come la procedura, sono esposti separatamente in base agli strumenti compilati dal MMG, dal PCP e dai pazienti.

6.4.1 Il punto di vista del Medico di Medicina Generale (MMG): problema presentato e alternative all'invio

Sulla base della scheda compilata dal medico, i problemi rilevati più frequentemente che hanno motivato l'invio al PCP sono: l'ansia (58%), sintomi depressivi (49.3%), una richiesta diretta di aiuto da parte del paziente (17.4%), problemi familiari e di coppia (15.9%), lutti (7.2%), accessi impropri al pronto soccorso (2.9%), richieste improprie di farmaci (2.9%) e di altri approfondimenti diagnostici (2.9%), disagio del

professionista di fronte al paziente (2.9%), annuncio di una grave malattia (1.4%), recidività (1.4%), problemi lavorativi (1.4%).

In circa metà dei casi (49.2%) il medico ha indicato due o più problematiche. Il numero medio di problemi per ogni persona è di 1.7 ($DS=.88$).

La soluzione alternativa che il medico avrebbe adottato in assenza dello psicologo di base è risultata essere per il 46.4% la prescrizione di psicofarmaci, per il 14.5% la prescrizione di analisi di laboratorio, per l'11.6% l'invio a uno specialista ospedaliero, per l'11.6% l'invio a servizi per il trattamento delle tossicodipendenze, per l'8.7% il rilascio di un certificate di malattia, per il 4.3% l'invio ai servizi sociali, per il 4.3% sarebbe stato consultato un altro medico di famiglia. Si ricorda che il medico poteva indicare più di un'alternativa.

Nel 59.4% dei casi il medico avrebbe intrapreso un'unica alternativa all'invio, mentre nel 24.6% dei casi due o più. Per il 15.9% dei casi il medico non ha segnato alcuna alternativa all'invio. In media per ogni paziente sono state indicate 1.15 possibili alternative ($DS=.75$). Questo dato è utile in quanto successivamente sono state calcolate delle correlazioni bivariate di Pearson tra il numero di problemi identificati dal medico e il numero di possibili alternative all'invio e poi tra il numero di problemi identificati e l'età del paziente. Rispetto alla prima analisi è emerso che il numero di problemi presentati correla positivamente con il numero di iniziative che il medico avrebbe intrapreso ($r = .250, p = 0.038$). Qualora quindi il medico non avesse potuto usufruire dello psicologo, all'aumentare dei problemi riscontrati nel paziente sarebbero aumentate anche le alternative all'invio.

Infine, il numero di problemi correla positivamente anche con l'età del paziente ($r = .429, p < 0.001$).

6.4.2 Il punto di vista dello Psicologo: problema presentato, intervento e indicazioni di esito

Lo psicologo, invece, ha rilevato che il 33.3% dei partecipanti presentava problematiche legate a eventi fisiologici del ciclo di vita, il 27.5% reazioni emotive a stress, il 18.8% aspetti disfunzionali di personalità, il 4.3% problemi di coppia come separazioni e/o divorzi, il 2.9% lutti, il 2.9% perdita del lavoro, l'1.4% disturbi di tipo psichiatrico, l'1.4% disturbi psicosomatici e l'1.4% disturbi post traumatici da stress.

Il numero medio di visite per ogni paziente è 3.74 ($DS = 0.59$). Il 68.1% (47) dei partecipanti ha effettuato regolarmente tutti i 4 incontri previsti con lo psicologo, mentre per i rimanenti sono stati sufficienti meno colloqui, perché il caso è stato considerato risolto o perché il paziente è stato inviato ad altri servizi.

In particolare, dei 47 pazienti che hanno completato i quattro colloqui, 11 casi sono considerati risolti, 3 sono stati inviati ad uno psicoterapeuta, 1 al consultorio, di 24 non abbiamo alcuna informazione e dei restanti 8 viene restituito il problema, ma non se lo psicologo lo considera un caso risolto o meno. 15 pazienti hanno svolto tre colloqui (9 casi risolti, 2 inviati a servizi specialistici, 4 dati mancanti), 2 pazienti hanno svolto 2 colloqui e sono considerati casi risolti, mentre un solo paziente ha richiesto di effettuare 6 colloqui, del quale però non abbiamo indicazioni d'esito, così come dei 4 pazienti rimanenti.

In generale, per quanto riguarda le indicazioni d'esito, il 31.88% ($N=22$) dei casi è considerato risolto, ovvero i colloqui previsti sono stati risolutivi della domanda del paziente e sono state fornite delle strategie per gestire al meglio il problema presentato, il 4.35% ($N=3$) dei casi sono stati inviati a servizi territoriali, il 4.35% ($N=3$) sono stati inviati ad uno psicoterapeuta privato per poter proseguire il percorso psicologico e, purtroppo, nel 59.42% ($N=41$) dei casi non abbiamo informazioni.

Non è dunque stato possibile calcolare i tassi di drop-out, in quanto non si sa in quale percentuale la mancanza di compilazione della scheda medico da parte dello psicologo derivi dal fatto che il paziente non ha voluto proseguire l'intervento o da altre contingenze.

6.4.3 L'efficacia della sperimentazione: il benessere psicologico dei pazienti

È stata effettuata una misura del cambiamento nei punteggi del benessere dei pazienti al termine dei colloqui (T1) e a un mese di distanza (T2). Per tale valutazione è stato utilizzato un modello lineare generale a misure ripetute, per vedere se vi fossero differenze tra il T0, il T1 e il T2 nel punteggio ottenuto da ciascuna dimensione e nel punteggio globale. I punteggi al pre-test, al post-test e al follow-up e la significatività delle differenze tra i punteggi sono presentati in *Tabella 6.1*.

Dalle analisi condotte è emersa una differenza significativa in tutte le dimensioni indagate per il fattore tempo. Ho trovato, infatti, un aumento nel punteggio globale di benessere ($F_{(1,68)}=90.524$; $p<.001$, $\eta_p^2=.57$). In particolare, prima del ciclo di consultazioni con il PCP (T0) il punteggio totale medio era di 55.72 ($SD = 18.79$), che si colloca nel range

“distress severo”. Alla fine dei colloqui (T1), il punteggio era di 68.35 ($SD = 17.10$), nel range “distress moderato” e al follow-up (T2) il punteggio cadeva nel range “nessun distress”, con un punteggio medio di 74.11 ($SD = 15.53$). L’ANOVA è risultata significativa anche per tutte le sottoscale dello strumento. È emerso un incremento del punteggio di benessere nella sottoscala dell’Ansia ($F_{(1,68)}=64.484$; $p<.001$, $\eta_p^2=.49$), dei Sintomi Depressivi ($F_{(1,68)}=40.193$; $p<.001$, $\eta_p^2=.37$), della Positività e Benessere ($F_{(1,68)}=89.239$; $p<.001$, $\eta_p^2=.57$), dell’Autocontrollo ($F_{(1,68)}=41.695$; $p<.001$, $\eta_p^2=.38$), della Salute Generale ($F_{(1,68)}=45.263$; $p<.001$, $\eta_p^2=.40$) e della Vitalità ($F_{(1,68)}=63.446$; $p<.001$, $\eta_p^2=.48$).

Dai confronti a coppie con il test di Bonferroni è emerso come le differenze risultano significative per tutte le misure nel confronto tra T0 e T1, così come nel confronto tra T1 e T2.

Tabella 6.1: medie e deviazioni standard dei punteggi al PGWBI nei tre tempi, risultati dell’ANOVA con correzione di Bonferroni.

	Pre-test (T0)		Post-test (T1)		Follow-up (T2)		ANOVA			Correzione di Bonferroni	
	M	DS	M	SD	M	SD	F	p	η_p^2	T0-T1	T1-T2
Punteggio totale	55.72	18.79	68.35	17.10	74.11	15.53	90.524	<.001	.57	$p<.001$	$p<.001$
Ansia	12.00	5.01	15.36	5.20	16.81	4.27	64.484	<.001	.49	$p<.001$	$p=.001$
Sintomi Depressivi	9.71	3.07	11.04	2.35	11.67	2.18	40.193	<.001	.37	$p<.001$	$p<.05$
Positività e Benessere	8.18	3.85	10.48	3.50	11.71	3.25	89.239	<.001	.57	$p<.001$	$p<.001$
Autocontrollo	8.23	3.25	9.77	2.91	10.68	2.74	41.695	<.001	.38	$p<.001$	$p<.001$
Salute Generale	8.49	2.92	9.86	2.80	10.58	2.32	45.263	<.001	.40	$p<.001$	$p<.01$
Vitalità	9.10	4.31	11.84	3.50	12.66	3.31	63.446	<.001	.48	$p<.001$	$p<.05$

Infine, per rispondere al quarto obiettivo, ho confrontato i risultati sopra esposti con i dati normativi della popolazione italiana, per analizzare come gli utenti che hanno usufruito del PCP si comportavano rispetto alle medie nazionali. Per effettuare questa analisi è stato calcolato un t-test per campioni indipendenti.

Rispetto ai valori normativi (Grossi et al., 2002), come si può vedere dalla *Tabella 6.2*, i nostri partecipanti presentano punteggi significativamente più bassi nella condizione di baseline (T0) e anche al post test (T1), con significatività da $<.001$ a $<.01$.

Infatti ad esempio, il punteggio globale al PGWBI dei partecipanti a questa ricerca al pre-test era di 55.72 ($DS = 18.79$), mentre la media normativa nella popolazione italiana è di

78.0 ($DS=17.89$). Tale differenza tende a ridursi al follow-up (T2) per quanto riguarda il punteggio globale ($M=74.11$; $DS=15.53$), mentre per alcune sottoscale (Ansia, Positività e Benessere, Salute Generale e Vitalità) al T2 non è più significativa.

Tabella 6.2: Confronti tra medie normative e punteggi al PGWBI nei tre tempi

	Punteggi medi della popolazione italiana	t-test pre-test (T0)	t-test post-test (T1)	t-test follow-up (T2)
Punteggio totale	78.0	$t(68)=-9.852, p<0.001$	$t(68)=-4.688, p<0.001$	$t(68)=-2.083, p=0.041$
Ansia	17.6	$t(68)=-8.629, p<0.001$	$t(68)=-3.093, p=0.003$	$t(68)=-0.951, \mathbf{p=0.345}$
Sintomi Depressivi	13.1	$t(68)=-7.271, p<0.001$	$t(68)=-4.786, p<0.001$	$t(68)=-2.794, p=0.007$
Positività e Benessere	13.0	$t(68)=-7.802, p<0.001$	$t(68)=-3.136, p=0.003$	$t(68)=-0.242, \mathbf{p=0.809}$
Autocontrollo	12.2	$t(68)=-9.119, p<0.001$	$t(68)=-5.798, p<0.001$	$t(68)=-3.397, p=0.001$
Salute Generale	12.0	$t(68)=-7.408, p<0.001$	$t(68)=-3.688, p<0.001$	$t(68)=1.867, \mathbf{p=0.67}$
Vitalità	13.8	$t(68)=-8.281, p<0.001$	$t(68)=-3.700, p<0.001$	$t(68)=-1.853, \mathbf{p=0.068}$

Dopo un mese dalla fine del ciclo di consultazioni, quindi, alcuni punteggi risultano in linea con la popolazione normativa generale, pur partendo da livello drammaticamente inferiori.

6.4.4 Resoconto qualitativo dell'esperienza: il punto di vista del personale coinvolto

Sono presentati gli aspetti salienti relativi alle analisi qualitative in riferimento alle linee guida EMHAP (European Mental Health Action Plan, esposte in Appendice C). Nelle tabelle seguenti sono rappresentati in verde i punti della ricerca che sono risultati funzionali e in linea con le indicazioni EMHAP, mentre sono rappresentati in rosso gli aspetti di criticità. In azzurro sono indicati gli aspetti descrittivi relativi all'intervento effettuato dallo psicologo. Inoltre è indicato un confronto tra ULSS. Più in particolare, la *Tabella 6.3* fa riferimento ai risultati delle interviste agli psicologi coinvolti nella sperimentazione, la *Tabella 6.4* ai medici e la *Tabella 6.5* ai focus group.

Tabella 6.3: Risultati delle interviste con gli psicologi coinvolti nella sperimentazione (uno per ULSS)

Interviste con gli psicologi Tra parentesi i centri di sperimentazione (ULSS 7, ULSS 4)	Linee guida EMHAP Tra parentesi, gli obiettivi (1-7), i risultati attesi (A-J) e le azioni proposte (a-m)
Scheda medico: Gli psicologi la trovano snella e facile (ULSS 4)	
Comunicazione medico-psicologo: Gli psicologi chiedono più informazioni in merito alla patologia organica, l'esposizione di un quesito diagnostico e la motivazione dell'invio, di migliorare la scheda medico per non ridurre tutti i problemi ad ansia o depressione (ULSS 7). La comunicazione va al di là dello scambio di schede (tutti) e riguarda l'integrazione di prospettive, anamnesi personale e familiare, problemi riportati al medico, valutazione delle risorse.	In linea con le indicazioni di attuare una procedura di valutazione integrata (6.B), con procedure di assessment unificate (6.c), con definizioni e terminologie internazionali (7.E.a).
Questionario paziente: Gli psicologi chiedono di valutare anche la soddisfazione del paziente (ULSS 4)	In linea con le indicazioni di rendere gli utilizzatori parte integrante della valutazione (7.f)
Soddisfazione elevata (ULSS 7, ULSS 4) in quanto il paziente non si rivolge più al medico di base, ricchezza di sguardi e crescita professionale, possibilità di accesso per una fascia di popolazione diversa rispetto al privato e desiderio di proseguire (ULSS 7, ULSS 4) con strumenti che non contaminino la relazione (ULSS 4)	In linea con le indicazioni di collaborazione (6)
Scheda medico: Gli psicologi la trovano poco utile e riduttiva e preferirebbero uno spazio libero dove indicare la problematica (ULSS 7)	
Scheda psicologo: Ritengono poco utile categorizzare il problema (ULSS 7), o propongono di lasciare una forma libera per le osservazioni cliniche e/o una schema di valutazione diagnostica (ULSS 7)	In contrasto con le indicazioni di attuare una valutazione integrata (6.B), con procedure di assessment unificate (6.c), con definizioni e terminologie internazionali (7.E.a).
Questionario paziente: lo ritengono lungo e complesso soprattutto per paziente anziano, poco sensibile, in quanto emergono risposte diverse rispetto a quelle emerse dal colloquio (ULSS 7), o di intralcio alla relazione (ULSS 4) e propongono di sostituirlo con una intervista (ULSS 4) o di farlo compilare in un momento diverso rispetto al primo colloquio.	In contrasto con le indicazioni di coinvolgere gli utilizzatori e se opportuno le loro famiglie nella valutazione della qualità dei servizi (7.f) con indicatori atti a valutare gli effetti (7.d) e ricerche atte a valutare i risultati (7.e)
Criticità: - mancanza di restituzione ufficiale (ULSS 7), - sarebbe stato auspicabile un numero maggiore di colloqui con lo psicologo (ULSS 7),	In contrasto con le indicazioni di servizi accessibili a tutti i gruppi della popolazione (3.C), con una forza lavoro adeguata (3.I). In contrasto con le indicazioni di attuare una valutazione integrata (6.B), con procedure di assessment unificate (6.c), con definizioni e

- talvolta difficoltà di comunicazione con i medici per linguaggi diversi (ULSS 7, ULSS 4), - strumenti che contaminano la possibilità di relazione (ULSS 4) - mancanza di momenti di supervisione (ULSS 4 e 7) - Alcuni pazienti hanno rifiutato l'invio per l'eccessivo tempo di attesa (ULSS 7)	terminologie internazionali (7.E.a).
Problematiche principali riportate dai pazienti: ansia e depressione causate da un'improvvisa comunicazione di una diagnosi infausta, problematiche familiari e di coppia, lutti, difficoltà legate al ciclo di vita (ULSS 7, ULSS 4), situazioni alcol-correlate e dipendenze.	
Intervento: promozione della salute, potenziamento risorse e psicoeducazione diagnosi, inquadramento del problema e supporto, terapia breve strategica centrata sul sintomo (ULSS 7, ULSS 4). Competenze necessarie: conoscenze sulla patologia somatica e sintomi psicosomatici (ULSS 7, ULSS 4), esperienza clinica e conoscenze legate al ciclo di vita (ULSS 7), tecniche diagnostiche, di promozione della salute, comunicazione motivazionale, counseling, prevenzione e gestione dello stress, doti empatiche (ULSS 4). Necessità per lo psicologo di avere anche anche la specializzazione in psicoterapia (ULSS 4, ULSS 7)	In linea con le indicazioni di aumentare la consapevolezza del benessere mentale e dei fattori che lo determinano (1.A) e di migliorare la promozione, prevenzione e riconoscimento precoce dei disturbi mentali (1.C) In linea con le indicazioni di attuare una procedura di valutazione integrata (6.B), in linea con le indicazioni di collaborazione (6) e di scambio di informazioni
Colloqui necessari: 8 (ULSS 7), 4+1 follow-up (ULSS 4). Necessità di supervisione (Tutti) ma mancanza di supervisione ufficiale (ULSS 7, ULSS 4).	In linea con le indicazioni di servizi con una forza lavoro adeguata (3.I)

Tabella 6.4: Risultati delle interviste con i medici coinvolti nella sperimentazione (uno per l'ULSS 4 e due per l'ULSS 7)

Interviste con i medici Tra parentesi i centri di sperimentazione (ULSS 7, ULSS 4)	Linee guida EMHAP Tra parentesi, gli obiettivi (1-7), i risultati attesi (A-J) e le azioni proposte (a-m)
Scheda medico: i medici la trovano facile, esauriente, semplice (ULSS 7).	In linea con le indicazioni di attuare una procedura di valutazione integrata (6.B), con procedure di assessment unificate (6.c), con definizioni e terminologie internazionali (7.E.a).
Comunicazione medico-psicologo era di tipo orale, non avveniva attraverso il passaggio di schede (tutti). Tema: integrazione conoscenze, intervento (tutti). Non vi sono stati problemi di linguaggio (tutti)	In linea con le indicazioni di attuare una procedura di valutazione integrata (6.B), con procedure di assessment unificate (6.c), con definizioni e terminologie internazionali (7.E.a).
Scheda psicologo: I medici la trovano utile, ma ritengono necessaria anche la comunicazione diretta con lo psicologo e chiedono di ricevere una restituzione cartacea da includere nella cartella clinica (ULSS 7, ULSS 4).	In linea con le indicazioni di collaborazione (6) e di scambio di informazioni
Questionario paziente: I medici dell'ULSS 7 non hanno riscontrato resistenze da parte dei pazienti	La ricerca ha utilizzato il questionario PGWBI per valutare il benessere, in accordo le indicazioni di applicare strumenti concordati per la misura del benessere e delle sue determinanti (1.F). In linea con le indicazioni di rendere gli utilizzatori parte integrante della valutazione (7.f)
L'atteggiamento precedente all'inizio della sperimentazione nei confronti dello psicologo era positivo, di curiosità e di consapevolezza di bisogno (ULSS 7 e ULSS 4)	In linea con l'obiettivo di favorire la collaborazione ben coordinata tra i sistemi di salute mentale e gli altri settori (6.)
Soddisfazione pazienti: feedback molto positivi, quasi nessun rifiuto all'invio (tutti): facilitazione a livello logistico e di stigma, sensazione di venire capiti a 360°, attenzione al benessere psicofisico	In linea con le indicazioni di rendere gli utilizzatori parte integrante della valutazione (7.f)
Soddisfazione medici: utile, vantaggio perché riduce il carico di lavoro (tutti), aiuto nella gestione di pazienti difficili (ULSS 4), da pregiudizio ad ammirazione verso lo psicologo. Desiderio unanime di proseguire la sperimentazione	In linea con le indicazioni di rendere gli utilizzatori parte integrante della valutazione (7.f)
Scheda medico: alcuni propongono di eliminarla o di sostituirla con una sola domanda aperta (ULSS 4) o dichiarano di non averla mai utilizzata.	In contrasto con le indicazioni di collaborazione (6) e di scambio di informazioni
Questionario paziente: alcuni medici dichiarano di non averlo mai somministrato (ULSS 4) e lo considerano lungo, complesso e di ostacolo per la relazione (ULSS 4)	In contrasto con le indicazioni di coinvolgere gli utilizzatori e se opportuno le loro famiglie nella valutazione della qualità dei servizi (7.f) con indicatori atti a valutare gli effetti (7.d) e

	ricerche atte a valutare i risultati (7.e)
L'atteggiamento precedente all'inizio della sperimentazione nei confronti dello psicologo: Insofferenza verso gli interventi psicosociali e timore di carico di lavoro aggiuntivo (ULSS 4)	In contrasto con l'obiettivo di favorire la collaborazione ben coordinata tra i sistemi di salute mentale e gli altri settori (6.)
Criticità: - Sperimentazione troppo breve (ULSS 7), - tempo limitato (ULSS 7), - tempi di attesa lunghi (ULSS 7), - mancanza di restituzione scritta da parte dello psicologo e problemi relativi alla scheda medico (tutti)	In contrasto con le indicazioni di servizi accessibili a tutti i gruppi della popolazione (3.C), con una forza lavoro adeguata (3.I)

Tabella 6.5: Risultati dei due focus group (uno per ULSS) con con gli psicologi e i medici coinvolti nella sperimentazione

Variabile e indicazioni EMHAP	FOCUS GROUP ULSS 7 (4 medici e 1 psicologo)	FOCUS GROUP ULSS 4 (4 medici e 1 psicologo)
Esperienza con il paziente 1.A: Aumentare la consapevolezza del benessere mentale e dei fattori che lo determinano 1.C: Migliorare la promozione, prevenzione e riconoscimento precoce dei disturbi mentali 3.B: Servizi di salute mentale accessibili, competenti ed abordabili, assicurano diagnosi precoce corretta, trattamento ed invio 3.C: Servizi accessibili a tutti i gruppi della popolazione 3.I: forza lavoro adeguata	- facilità d'invio grazie alla contiguità fisica e contesto privo di connotazione psicopatologica - difficoltà legata alle liste d'attesa (aspettativa di presa in carico più lunga: numero esiguo di colloqui). Ci sono state richieste spontanee di colloquio con psicologo	- Facilità d'invio per accettazione psicologo di base rispetto a servizi igiene mentale (<i>"Il non dover andare ad uno sportello e dire devo fare una visita psicologica, ma si viene chiamati"</i>), permette di bypassare richiesta di appuntamento, sportelli etc. - Faticoso invio di pazienti che lamentano disturbi fisici che hanno però genesi psicologica, ma sono stati i casi con maggiore successo. - Secondo altri successo con pz con crisi familiari, lutti, problemi lavorativi. - Intervento semplice di sostegno con pz con problemi lievi: intercettare la domanda inespressa. Intervento più lungo con pz con problemi più complessi. Intervento utile soprattutto per lutti, crisi familiari, perdita del lavoro o problemi relazionali nel posto di lavoro, persone che non riconoscono problema psichico dietro la somatizzazione, sintomi d'ansia, attacchi di panico - Permette di intercettare fascia di popolazione con bisogno psicologico ma che non accede al servizio privato Ci sono state richieste spontanee di colloquio con psicologo.
Questionario paziente 7.F: rendere gli utilizzatori parte integrante della valutazione	Alcuni hanno fatto compilare il questionario nello studio del MMG, altri in maniera autonoma al paziente. Nessuna resistenza	Ne era a conoscenza solo lo psicologo.
Rapporto medico-psicologo 6: Indicazioni di	Lo psicologo ha espresso l'esigenza di incontri strutturati di gruppo, mentre i medici non hanno necessità di incontri ulteriori. Il rapporto di collaborazione	Lo psicologo ha espresso l'esigenza di spazi programmati di comunicazione con il medico Il medico ha espresso l'esigenza di ricevere una restituzione scritta da

collaborazione e scambio di informazioni	individuale con gli psicologi è stato positivo, mentre è risultata più difficile la coordinazione tra/con medici	parte dello psicologo, ma non incontro di gruppo strutturato. Rapporto di collaborazione individuale con gli psicologi positivo
Schede medico-psicologo 6.B Attuare una valutazione integrata 6.C con procedure di assessment unificate 7.E.a con definizioni e terminologie internazionali	Il medico lamenta la mancanza della restituzione scritta da parte dello psicologo. Lo psicologo lamenta la mancanza di confronto verbale. Schede medico semplici, ma avrebbero preferito domanda aperta o comunicazione diretta; per lo psicologo la scheda è considerata riduttiva.	Il medico lamenta la mancanza della restituzione scritta da parte dello psicologo. Scheda medico soddisfacente ed esaustiva, chiara e semplice.
Cambiamenti introdotti Soddisfazione 1.A + 1.C + 3.B + 6	- Si viene incontro al bisogno del paziente, - si evita la prescrizione del farmaco (<i>“Molto utile per evitare l’approccio farmacologico”</i>) - intervento risolutivo e meno dispendioso, - arricchimento professionale e integrazione dei due punti di vista. - Intervento utile in generale, non solo per problematiche specifiche.	- Risoluzione di situazioni di “lamentele” di tipo generico che non arrivano più al MMG. - <i>“non avere la figura dello psicologo di base adesso...ci sentiamo deprivati di una grossa mano. Andremo in astinenza”.</i> - <i>“E’ stato ottimo dal punto di vista della collaborazione nostra cioè mettere insieme due figure così, questo tipo di approccio qua veramente lo sottoscrivo”.</i>

Rispetto alle aree studiate, dunque, emergono in generale i seguenti aspetti: per quanto riguarda le procedure di valutazione (esaustività e adeguatezza delle schede medico-psicologo; resistenze o problematiche connesse al questionario), alcuni considerano la scheda medico chiara e semplice, mentre altri consigliano di perfezionarla, sostituendola con un’indicazione qualitativa della diagnosi. Inoltre, uno psicologo ha suggerito di inserire dati sulle patologie mediche: *“non sono mai arrivate informazioni particolari, e in certi momenti mi sono trovato in difficoltà perché, conoscendo il paziente, mi rendevo conto che aveva una grossa parte di sofferenza legata a delle malattie croniche, di cui io non sapevo niente”*. La scheda psicologo è considerata dallo psicologo talvolta poco utile, ma il problema principale è stato la mancata restituzione della stessa al medico, il quale

non conosceva l'esito dell'intervento fornito al paziente da lui inviato; il questionario di valutazione del benessere del paziente è stato talvolta giudicato come intralcio nella relazione medico-paziente e in ULSS 4 ne era a conoscenza solo lo psicologo: a causa dunque di un difetto nel processo di monitoraggio della sperimentazione in ULSS 4 il questionario non è stato compilato dalla stragrande maggioranza degli utenti che hanno usufruito del servizio.

Per quanto riguarda l'area dell'intervento (Coinvolgimento e collaborazione Medico-Psicologo; tipologia di pazienti; competenze necessarie) emergono i seguenti aspetti: rispetto alla comunicazione e collaborazione tra le due figure professionali, lo psicologo chiede un approfondimento delle motivazioni per l'invio, e incontri tra professionisti a cadenza regolare, mentre il medico richiede la restituzione scritta dell'intervento svolto. Tutti però affermano che la comunicazione non si svolgeva attraverso le schede costruite per la ricerca, ma era di tipo orale, si svolgeva liberamente in momenti separati e riguardava soprattutto l'integrazione tra le due prospettive. L'intervento svolto dallo psicologo è stato di analisi della domanda e inquadramento del problema, promozione della salute, potenziamento risorse e psicoeducazione, supporto e, in alcuni casi, terapia breve strategica centrata sul sintomo. Le problematiche principali riportate dai pazienti sono soprattutto ansia e depressione causate da un'improvvisa comunicazione di una diagnosi infausta, da problematiche familiari e di coppia, lutti, difficoltà legate al ciclo di vita, situazioni alcol-correlate e dipendenze. Secondo gli psicologi coinvolti nel servizio l'intervento è risultato più utile per quei pazienti che esprimevano malessere conseguente a lutti, crisi familiari, perdita del lavoro o problemi relazionali nel posto di lavoro, e anche per le persone che non riconoscono un problema psichico dietro la somatizzazione, con i quali è stato svolto soprattutto un intervento di chiarificazione della domanda e psicoeducazione, e per i sintomi d'ansia e attacchi di panico: *“parlando per la prima volta con uno psicologo hanno potuto vedere che si poteva affrontare il problema vedendolo da tutt'altra prospettiva”*. Per i pazienti che invece riportavano sintomi maggiormente strutturati (per esempio le dipendenze) è stato necessario un invio a servizi secondari. Rispetto all'invio al PCP, secondo i medici la tipologia di pazienti per cui l'invio è risultato più difficile sono i cosiddetti pazienti psicosomatici, ovvero quelli che lamentano disturbi fisici che hanno però una genesi psicologica, che il paziente stesso non riconosce; dal punto di vista dello psicologo, però, questi sono stati i casi con maggiore successo. Infine, molti utenti hanno effettuato delle richieste spontanee di colloquio con lo psicologo

di base, mentre altri non hanno mai potuto accedervi a causa dei tempi di attesa troppo lunghi.

In termini di compliance, quindi, secondo i medici non ci sono stati problemi: *“credo che il problema possa essere l’opposto, il fatto che ci possa essere tanta richiesta e un sovraccarico, un sacco di gente avrà bisogno”; “resistenze ne ho sempre trovate nell’inviarli all’igiene mentale ma assolutamente no invece per quanto riguarda l’invio invece ad uno psicologo”*.

Un altro tema importante è quello delle competenze: è stato chiesto agli psicologi, alla luce della loro esperienza, quali fossero le competenze necessarie per svolgere il loro lavoro in questo ambito. È emersa la necessità oltre che di capacità diagnostiche, doti empatiche, comunicazione motivazionale, anche di tecniche di counseling, promozione della salute, prevenzione e gestione dello stress, conoscenze legate al ciclo di vita; infine è importante che lo psicologo abbia una formazione sulla patologia somatica e sui sintomi psicosomatici, ed è emerso il bisogno di una strutturata esperienza clinica e la necessità della specializzazione in psicoterapia (*“Non credo che possa essere adatta una persona con poca esperienza”*).

Infine l’ultima area analizzata riguardava la soddisfazione generale rispetto alla sperimentazione. Dal punto di vista degli psicologi questo tipo di progetto è risultato molto utile perché ha permesso d’intercettare la domanda psicologica che solitamente non arriva al settore privato e che molto spesso non viene presa in carico, ma che è fonte di sofferenza. La soddisfazione è elevata anche per i medici, i quali prima dell’inizio della sperimentazione avevano espresso uno scetticismo rispetto all’intervento e un timore di un carico di lavoro aggiuntivo: alla fine della sperimentazione, invece, è stato percepito un aiuto rispetto alla gestione dei pazienti difficili e un’alternativa rispetto alla prescrizione farmacologica (*“Se all’inizio l’invio allo psicologo era una specie di ultima spiaggia, nei mesi è diventato sempre il primo approccio che io ho pensato di fare, soprattutto per evitare il farmaco”*), anche se alcuni medici hanno sostenuto di aver comunque prescritto farmaci, interrompendoli solo nei casi in cui avevano avuto notizia che i pazienti avevano intrapreso i colloqui: *“non essendo sicuro che il paziente si sarebbe recato dallo psicologo di base (...) non lasci scoperto no? (...) non ho un riscontro preciso di quanti siano andati, però con tutti quelli che hanno avuto accesso allo psicologo di base non è stato necessario utilizzare la terapia, però, ripeto, io sempre all’inizio nel dubbio l’ho sempre prescritta”*.

Infine è stato percepito un vantaggio nei termini di uno sgravio lavorativo invece di un sovraccarico, in quanto molti dei pazienti che hanno potuto usufruire dello psicologo non si sono più rivolti al medico di base per esprimere il disagio psicologico. Da uno stralcio d'intervista emerge anche una preoccupazione rispetto al futuro qualora la sperimentazione non fosse proseguita (*“non avere la figura dello psicologo di base adesso...ci sentiamo deprivati di una grossa mano. Andremo in astinenza”*). Infine i medici affermano di essere soddisfatti rispetto all'incontro con la psicologia, che ha permesso un arricchimento di sguardi e una crescita professionale: in entrambe le ULSS la soddisfazione rispetto all'integrazione delle due prospettive, medica e psicologica, è stata elevata (*“Lo psicologo mi dà ulteriori opportunità, ulteriori strumenti per poter indirizzare le persone”*). Si è passati, dunque, da una posizione di pregiudizio rispetto allo psicologo ad una di ammirazione. È stato espresso il desiderio unanime di proseguire la sperimentazione.

Non è stata indagata in maniera specifica la soddisfazione dei pazienti, ma dai pareri espressi dalle professionalità coinvolte emergono dei feedback molto positivi da parte dei pazienti: l'invio, infatti, non è stato quasi mai rifiutato, vi è una facilitazione non solo a livello logistico per la contiguità fisica, che permette di bypassare gli sportelli e le richieste di appuntamento, ma anche a livello di stigma percepito (*“Il non dover andare ad uno sportello e dire devo fare una visita psicologica, ma si viene chiamati, non mi fa sentire matto”*). È evidente anche la sensazione di essere capiti a 360° grazie soprattutto all'attenzione al benessere psicofisico: *“La stragrande maggioranza dei miei sono stati estremamente soddisfatti”* e *“l'invio allo psicologo di base che collabora con noi (...) presso la sede centrale del nostro centro di medicina di gruppo (...) la gente era molto più bendisposta ad approcciare questo tipo di intervento”*

Infine rispetto alle criticità, un aspetto critico sollevato da tutti i medici, è stata la mancanza di restituzione da parte dello psicologo, già menzionata: *“Una criticità è la carenza della comunicazione (...) io lo mando dallo psicologo e non so più com'è andato, nessuno dice niente”*; *“avere una risposta che resta, da poter mettere in cartella, per poter vedere al bisogno”*, *“se è venuto, se non è venuto, se è stato dimesso, se si è autodimesso e il risultato (...) se è stato affidato ad altre strutture”*. Tra gli altri limiti oltre a quelli sopra menzionati (liste d'attesa, perfezionamento rispetto al sistema di valutazione) è emersa la necessità di aumentare il numero di incontri con gli utenti, ampliare i tempi della sperimentazione e introdurre dei momenti di supervisione.

Rispetto agli obiettivi del piano d'azione europeo per la salute mentale (EMHAP), possiamo considerare soddisfatto l'obiettivo 1; parzialmente soddisfatti gli obiettivi 3, 6 e 7. Gli obiettivi 2 e 4 sono stati toccati in maniera trasversale, come si può osservare dalla seguente sintesi:

- La sperimentazione è in linea con l'obiettivo 1 proposto dall'EMHAP: *“Tutti hanno una pari opportunità di realizzare il proprio benessere mentale lungo il corso della propria vita, in particolare coloro che sono più vulnerabili o a rischio”* e in particolare con i risultati attesi:

(1.A) la capacità nelle cure primarie di aumentare la consapevolezza del benessere mentale e dei fattori che lo determinano;

(1.C) migliorare la promozione, prevenzione e riconoscimento precoce dei disturbi mentali e del supporto psicologico a bassa soglia

“...Intervento di analisi e chiarificazione della domanda...Supporto per situazioni emergenziali dovute ad un evento scatenante...promozione della salute, potenziamento risorse e psicoeducazione...”

(1.F) applicare strumenti concordati per la misura del benessere e delle sue determinanti” attraverso l'utilizzo del questionario PGWBI per valutare il benessere.

- La sperimentazione è parzialmente in linea con l'obiettivo 3 proposto dall'EMHAP: *“I servizi di salute mentale sono accessibili, competenti ed abordabili, disponibili nella comunità a seconda dei bisogni”*, e in particolare con i risultati attesi:

(3.B) Diagnosi precoce, trattamento ed invio, per le persone con disturbi mentali

“...intervento di sostegno per pazienti con problemi lievi...”;

(3.C) Servizi accessibili a tutti i gruppi della popolazione

“...non dover andare a uno sportello e dire devo fare la visita psicologica...”

Questo risultato atteso è parzialmente soddisfatto in quanto alcuni pazienti non hanno potuto usufruire del servizio a causa delle liste d'attesa.

(3.I) Forza lavoro multidisciplinare disponibile in misura adeguata

“...facilità di invio grazie alla contiguità fisica ora lo psicologo è diventato il primo approccio per evitare il farmaco...”.

Questo risultato atteso è parzialmente soddisfatto in quanto gli psicologi hanno chiesto maggior colloqui in una futura sperimentazione.

- La sperimentazione è parzialmente in linea con l'obiettivo 6 proposto dall'EMHAP: "I sistemi di salute mentale lavorano in collaborazione coordinata con professionisti di altri settori" ("*...mettere insieme due figure così...lo sottoscrivo veramente...*"), mentre talvolta non risultano soddisfatti i risultati attesi:

6.B Sistemi di valutazione integrata

"...mi è mancata un sistema di restituzione scritta dallo psicologo..."

6.C Procedure di assessment unificate e standardizzate

"...ne era a conoscenza solo lo psicologo...."

- La sperimentazione è parzialmente in linea con l'obiettivo 7 proposto dall'EMHAP: "La governance e la distribuzione della salute mentale sono guidate da buone informazioni e conoscenze".

7.B Coinvolgimento degli utenti nella valutazione dei servizi

"...anche rispetto alla soddisfazione..."

7.E Ricerche atte a valutare i risultati e gli impatti

6.5 Discussione

L'obiettivo della sperimentazione della figura dello Psicologo di Base, così come prevista dalla DGR n. 716 del 27/5/2014 è quello di intercettare in maniera più efficace il disagio psicologico e psicosociale nelle sue fasi iniziali agendo prima che il disturbo si cronicizzi, in un'ottica di promozione della salute.

L'obiettivo generale del nostro studio è valutare se lo psicologo in un contesto di medicina generale può essere efficace nel migliorare le condizioni di salute dei pazienti che normalmente si rivolgono al medico di medicina generale, confrontando successivamente le condizioni di benessere dei partecipanti al nostro studio con quelli della popolazione generale.

I risultati emersi ci sembrano in linea con tali obiettivi: la stragrande maggioranza dei pazienti (84%), infatti, non si era mai rivolta ad uno psicologo nella sua vita nonostante i livelli medi di qualità di vita siano piuttosto bassi al momento della richiesta di consultazione; il servizio proposto, quindi, ha permesso di intercettare la domanda

psicologica che altrimenti sarebbe rimasta priva di sostegno, per motivi che in questo caso non sono stati analizzati, ma che s'ipotizza abbiano a che fare con le principali barriere emerse in letteratura, ovvero la prossimità del servizio, la barriera economica e la riduzione della stigmatizzazione, in quanto, in accordo con Cordella (2016), probabilmente per il paziente vedere nel medesimo ambulatorio medico e psicologo ha il vantaggio di ridurre lo stigma e gli stereotipi che si accompagnano alla consultazione psicologica; viene infatti meno l'eventuale "invio allo specialista" ed il colloquio psicologico assume la forma di normale pratica ascrivibile alle routinarie consultazioni mediche.

Nel 32% dei casi, inoltre, le consultazioni sono state sufficienti a risolvere la problematica portata: l'aver potuto intervenire in una fase iniziale del disagio ha probabilmente permesso di valutare e comprendere i sintomi sperimentati dal paziente, evitandone la cronicizzazione in un disturbo conclamato, con una conseguente forte limitazione della realizzazione personale. Non è stato possibile a causa delle indicazioni d'esito mancanti (59%) calcolare i tassi di drop-out, che secondo la letteratura internazionale riguardante i drop-out delle consultazioni psicologiche, sono comunque inquadrabili tra l'8% (Todd et al., 2003) e il 34% (Hunsley et al., 1999).

Emerge inoltre una notevole differenza tra le diagnosi indicate dal medico e quelle indicate dallo psicologo: se il medico nella maggior parte dei casi riscontra sintomi d'ansia e depressivi, che conducono a chiare conseguenze rispetto alla prescrizione farmacologiche, lo psicologo attribuisce gli stessi sintomi a condizioni legate ad eventi fisiologici del ciclo di vita o a stress chiaramente identificabili. Questo potrebbe dipendere sia dal fatto che al medico e psicologo sono state forniti elenchi diversi da cui attingere per la scelta della diagnosi, e questo rientra tra uno dei limiti della ricerca, ma anche dal fatto che lo psicologo abbia strumenti più sofisticati per comprendere la sofferenza psicologica e inserirla all'interno del contesto di riferimento della persona.

Questa ricerca non è rivolta specificamente alla categoria dei giovani adulti, come per le ricerche precedenti, ma il fatto che vi sia una correlazione positiva tra numero di problemi riscontrati ed età degli utenti, ovvero che all'aumentare dell'età aumentino anche le problematiche presentate, conferma una delle idee principali di questa tesi, ovvero che con il passare del tempo i sintomi si strutturino e il disagio aumenti le sue forme di espressione, indicando ancora una volta come poter intervenire in giovane età sia fondamentale.

L'intervento è inoltre risultato efficace nell'aver limitato l'intenzione di somministrare farmaci (46% dei casi) e di prescrivere analisi cliniche e visite specialistiche. Nel 23% dei casi il medico di famiglia avrebbe evitato di inviare ad altri servizi territoriali il paziente, contribuendo al contenimento delle liste d'attesa degli stessi e offrendo una risposta veloce e puntuale. Ricordo inoltre che nella metà dei casi il medico ha indicato più problematiche in ogni paziente e che all'aumentare dei sintomi aumentavano anche le iniziative intraprese, incrementando di conseguenza liste d'attesa e costi.

Infine, a livello clinico, l'intervento dello psicologo è risultato efficace nell'aumentare il benessere percepito: al termine del ciclo di colloqui c'è stato un miglioramento nelle condizioni di salute dei pazienti e questi cambiamenti si sono mantenuti stabili a un mese di distanza. Questa stabilizzazione costituisce un punto di forza di questa tipologia di intervento, poiché implica che i benefici dell'intervento non sono limitati all'intervento stesso, ma proseguono nei mesi successivi, confermando una delle premesse teoriche degli interventi di questo tipo, ovvero che una presa in carico precoce permetta di ridurre il disagio prima che possa assumere forme chiaramente patologiche (Solano et al., 2009). Questi miglioramenti riguardano sia l'indice globale di benessere sia le varie dimensioni. Se questo risultato, seppur non scontato, era però auspicabile, il dato più inaspettato e di conseguenza entusiasmante è che non solo questi pazienti migliorano, ma dopo un mese dall'ultimo colloquio riferiscono punteggi di qualità di vita in linea con la popolazione normativa, pur partendo da livelli drammaticamente inferiori.

Le valutazioni effettuate tramite il PGWBI indicano infatti un livello di qualità della vita basso da parte dell'utenza che ha incontrato lo psicologo di base. Questo sembra valere in tutti i domini approfonditi dal questionario: l'utenza della sperimentazione risulta avere un livello maggiore di ansia e depressione e un minor grado di positività, autocontrollo, vitalità e salute fisica inferiore alla media nazionale. Considerando che l'utenza non ha richiesto direttamente una consultazione psicologica, ma è inviata dal medico di famiglia, questo dato non stupisce, ma allarma, in quanto nonostante sia presente una reale condizione di sofferenza psicologica, relazionale o sociale, i partecipanti allo studio non avevano mai chiesto aiuto prima d'ora. Tra le possibili ragioni possiamo fare riferimento alla letteratura citata nel primo capitolo, ma potrebbero venire in aiuto anche i risultati relativi allo studio descritto nel quarto capitolo, i cui dati riferiti allo stesso strumento sono in linea con quelli di questa ricerca, secondo cui il distress potrebbe essere percepito, ma vi possono essere alcuni fattori di ostacolo che non ne permettono l'espressione o il suo

riconoscimento in termini psicologici: questo aspetto sarà approfondito nel capitolo dedicato alle conclusioni.

Come abbiamo visto, inoltre, al follow-up a un mese alcuni punteggi di qualità della vita risultavano in linea con la media nazionale. Nonostante il significativo incremento dei valori psicometrici di qualità della vita, in assenza di valori di controllo, non si può attribuire direttamente ed esclusivamente questo cambiamento all'intervento. La possibilità però che la consulenza psicologica, specie in soggetti non avvezzi a tali pratiche, possa avere un impatto positivo e superiore alle attese è alta. Non avendo a disposizione informazioni riguardanti i soggetti che hanno forse abbandonato la consultazione, nulla di preciso può essere inferito. Date le buone premesse che di questi primi risultati, ulteriori studi sull'efficacia di questo modello sono necessari e auspicabili.

I risultati qualitativi relativi alle interviste permettono di chiarire i risultati degli strumenti self-report. In particolare, chiariscono la differente diagnosi tra medico e psicologo, in quanto sembra che entrambi riscontrino sintomi di ansia e depressione, ma lo psicologo li considera reattivi a situazioni legate al ciclo di vita, alla comunicazione di una malattia infausta, o a crisi familiari e/o di coppia: *“la problematica che veniva presentata più spesso era quella di ansia e aspetti depressivi, e poi il vero problema era il vissuto relativo a determinati eventi. È un po' come se i medici riducessero il disagio del paziente sempre ad ansia e depressione”*. Lo sguardo psicologico, permette dunque di ampliare il campo di osservazione e comprendere il sintomo del paziente riconducendolo alla persona nel suo complesso, considerando il suo contesto di riferimento e la fase del ciclo di vita che sta attraversando. Le interviste, inoltre, chiariscono meglio anche il dato relativo all'efficacia clinica, approfondendo le tipologie di pazienti per cui l'intervento è risultato più utile e anche rispetto all'efficienza economica, chiarendo che nonostante per alcuni l'invio allo psicologo sia considerato risolutivo e non necessiti di ulteriori terapie, per altri la prescrizione farmacologica è stata comunque effettuata al fine di non lasciare scoperto il paziente qualora non avesse accettato l'invio. Infine le interviste hanno indagato il livello di soddisfazione che non era stato approfondito dalle schede: sia gli psicologi sia i medici si sono dichiarati soddisfatti e questa soddisfazione è stata percepita anche dai pazienti. I pazienti, infatti, hanno visto di buon occhio l'idea di un servizio integrato all'interno della stessa struttura, che li facesse sentire “meno ammalati”. I medici, dapprima scettici, hanno ritenuto utile lo psicologo di base perché è di beneficio per i pazienti, ma anche perché

riduce il carico di lavoro. Gli stessi medici hanno consigliato di fare leva su questi aspetti in eventuali future presentazioni del progetto ai medici.

Infine il progetto è risultato in linea con gli obiettivi presenti nel piano europeo per la salute mentale, anche se talvolta i risultati della sperimentazione non hanno rispecchiato quelli attesi, per le criticità menzionate nei risultati e le limitazioni che ora presento.

Anche questo studio non è esente da limiti: una prima criticità è l'esiguo numero di partecipanti rispetto al potenziale bacino d'utenza, che non permette di poter generalizzare i risultati trovati. Questo è ancora più valido per quanto riguarda le analisi condotte al fine di individuare quale sia il target che trae un maggiore beneficio, rispetto al genere, all'età oppure al livello di distress. Un altro importante limite, che spiega il primo, è la notevole mole di dati mancanti. In molti casi, infatti, non abbiamo la restituzione cartacea da parte dello psicologo che non ci permette di ottenere dati qualitativi rispetto all'esito dell'intervento, oltre a non aver potuto accedere ai dati relativi all'ULSS 4.

Un altro limite è costituito dalla mancanza di un gruppo di controllo, che non permette di discriminare quali siano i cambiamenti determinati dall'intervento dello psicologo e quali quelli dovuti ai fisiologici cambiamenti nel tempo e agli eventi di vita, che potrebbero aver influito nel migliorare le condizioni di quel particolare gruppo di partecipanti.

Inoltre, a differenza di altre sperimentazioni europee che forniscono indicazioni precise al medico sui criteri per l'invio allo psicologo, in questo caso al professionista è stata lasciata la più completa libertà: il medico infatti inviava il paziente allo psicologo non in base a risultati di specifici questionari sintomatologici, così come avviene ad esempio nei modelli inglese e olandese, ma sulla base di ciò che riscontrava personalmente.

Infine, una futura implementazione della sperimentazione dovrebbe valutare oltre all'efficacia clinica, anche l'efficienza economica, sempre in accordo con le esperienze estere, e in particolare con il modello inglese. Nella presente sperimentazione, infatti, è stata valutata l'intenzione di somministrare o meno farmaci e altre prestazioni sanitarie, ma non è stata monitorata il reale numero di prescrizioni. Di conseguenza, non abbiamo neppure dati sull'effettivo risparmio economico. Tuttavia, dalle interviste emerge che per alcuni medici l'invio allo psicologo è stato molto utile per poter evitare il farmaco, mentre per altri il farmaco è stato comunque prescritto, per comprensibili ragioni, ad esempio, di medicina difensiva. In mancanza di dati sulle prescrizioni farmacologiche non si possono che fare delle inferenze.

Sarebbe interessante nel futuro bypassare queste limitazioni, effettuando ricerche con un maggior numero di soggetti, disporre di un adeguato gruppo di controllo per eliminare diverse variabili confondenti, valutare se l'aumento degli indici di benessere restino stabili a distanza nel tempo e se questa stabilizzazione porti ad un numero minore di assenze per malattia, utilizzando strumenti e protocolli unificati che seguano le linee guida europee, che includano dunque anche indicazioni sulle competenze, in linea con le raccomandazioni dell'OMS, che da tempo ha segnalato il bisogno d'interventi psicologici accessibili, efficaci ed efficienti nel contesto delle cure primarie (WHO Action Plan, 2015).

Nonostante questi limiti, però, probabilmente insiti in ogni prima esperienza di tale portata, questo tipo di intervento risulta decisamente promettente, poiché questo tipo di servizio che permette di migliorare il benessere e la salute in quel tipo di pazienti che affolla quotidianamente gli studi dei medici e che, pur traendo beneficio da un intervento psicologico, difficilmente si sarebbe recato a servizi di tipo psicologico, non avendo problematiche a livello di attenzione clinica.

Lo psicologo di base o psicologo di cure primarie ha permesso quindi d'intercettare la domanda di assistenza psicologica inespressa, di rispondere alla complessa domanda del paziente, in quanto il suo intervento è risultato efficace nell'aumentare il benessere, nel ridurre gli accessi impropri ai servizi medici e la prescrizione farmacologica ed è in linea con i piani mondiali ed europei per la salute mentale.

Per queste evidenze ritengo quindi che i risultati supportino con forza il bisogno d'inserire questa figura non solo in Regione, ma anche nel Sistema Sanitario Nazionale, per intercettare e iniziare a soddisfare il bisogno psicologico della popolazione, per ridurre gli accessi impropri ai servizi e le talvolta inutili prescrizioni farmacologiche, in un luogo che permetta di rispondere in modo nuovo ad un vecchio obiettivo, quello della salute psicologica come un bene previsto per tutti, non un lusso per pochi.

CONCLUSIONI

“La lotta fine a se stessa basta a riempire il cuore di un uomo.

Bisogna immaginare Sisifo felice”

Il mito di Sisifo, Albert Camus

Questo lavoro di tesi ha avuto come tema la figura dello psicologo di base o di cure primarie e il suo contesto; ho cercato di approfondire questo tema inquadrando il fenomeno da più punti di vista, considerando il contesto in cui questa figura si inserisce.

Nei capitoli teorici della tesi ho introdotto la figura presentando i vari modelli implementati e le sperimentazioni estere e italiane. Poi ho fatto riferimento al suo impatto sociale e ai suoi vantaggi in termini economici, ma anche al ruolo del PCP come possibile strategia funzionale a ridurre un problema dibattuto in letteratura, che è quello della difficoltà a chiedere aiuto allo psicologo, tentando di capire se inserendo lo psicologo nello studio del medico di base si possa intercettare il bisogno di psicologia che sembra essere presente, ma che non viene espresso in un’effettiva richiesta di aiuto, oppure con molti anni di ritardo.

Gran parte della sofferenza psicologica arriva infatti nello studio del MMG e spesso lo psicologo è considerato come ultimo tentativo dopo che altri sono falliti. Questo perché secondo i modelli teorici sulla richiesta d’aiuto ci sono diverse fasi che sfociano nell’effettiva richiesta:

- 1) Si deve percepire un malessere che deve essere ritenuto tale da dover richiedere aiuto. In questo momento gioca un ruolo fondamentale il proprio contesto di riferimento e come si è appreso a rispondere al disagio, per cui si potrebbe esasperare il sintomo fisico e non quello psicologico, oppure potrebbe esserci l’idea di dover evitare il dolore o di dover risolvere i problemi in autonomia;
- 2) Nella seconda fase è importante il vissuto che si ha rispetto alle figure d’aiuto;
- 3) In un terzo step si effettua un’analisi dei costi e benefici, in cui intervengono fattori strutturali (costi, vicinanza, il fatto di sapere a chi rivolgersi) e attitudinali (per esempio la paura dello stigma);
- 4) È solo alla fine di questo processo che si decide di chiedere aiuto.

I tre capitoli empirici contengono ciascuno un lavoro di ricerca che indaga ognuna di queste fasi: uno studio sui vissuti che creano difficoltà di accesso allo psicologo, una analisi comparata dei costrutti personali su come vengono viste le figure che prestano aiuto, un rilevamento dell'esperienza veneta con analisi dei vissuti di medico, psicologo, paziente. Il tentativo messo in atto in questa tesi è stato quello di adottare una visione integrata del tema.

La psicologia di cure primarie può costituirsi come un'utile inversione di rotta rispetto alla psicologia tradizionale, forte delle evidenze di efficacia e efficienza che possiede, e per il fatto di essere un modello d'intervento necessario a risolvere una serie di difficoltà che oramai emergono con tutta evidenza nel contesto della medicina generale e territoriale. Esiste anche sempre una maggiore consapevolezza che la psicologia di cure primarie può essere un efficace *trait d'union* fra il mondo della psicologia e il mondo della medicina.

Nella maggior parte dei casi vi è già un'integrazione interdisciplinare tra medicina e psicologia, che avviene però su invio o richiesta di consulenza da parte del medico nei casi di disagio psicologico conclamato o di difficoltà nella relazione con il medico stesso. Il risultato è che rimangono esclusi dall'intervento psicologico una serie di situazioni che invece ne potrebbero trarre giovamento; come nel caso dei pazienti con patologie psicosomatiche, che, come abbiamo visto, mostrano una modalità di comunicazione caratterizzata da scarsa pregnanza emotiva e da uno stile incolore, caratteristiche tipiche dello stile alessitimico. La figura del medico di famiglia assume quindi fondamentale importanza nella capacità di leggere i sintomi fisici e tradurli in risposta psicologica.

La medicina, però, non sempre ha questa possibilità, non perché sbagli, ma perché si muove coerentemente con il proprio mestiere; affiancare lo psicologo al medico permetterebbe allora di completare la professionalità dell'uno con quella dell'altro, offrendo al medico il supporto di uno sguardo diverso e complementare: lo psicologo inserito nella relazione sanitaria può permettere la messa in atto di tutta una serie di interventi: orientare lo sguardo, amplificare le domande, riconoscere la circolarità delle relazioni e della comunicazione.

E anche qualora la persona arrivi spontaneamente allo psicologo dopo tutta una serie di passaggi, può giungere nel suo studio dopo aver sopportato un periodo di sofferenza molto lungo, che di per sé può aver prodotto modifiche nell'assetto psichico e relazionale; il disturbo può essere nel frattempo diventato invalidante, può essersi cronicizzato e necessitare di conseguenza di un intervento più lungo, complesso e costoso.

Anche in questo caso, la risposta psicologica tradizionale omette tutto l'aspetto contingenziale e storico che ha condotto alla sofferenza: non parla (e non risponde in merito) dell'esordio del disturbo, delle sue avvisaglie e di quando lo stesso sembrava essere sostenibile "con le proprie forze". Restano anche in questo caso escluse tutte quelle persone che non sono in grado di esprimere il loro disagio in termini di 'problemi psichici' o la cui domanda psicologica non è chiaramente espressa.

Ben altra prospettiva è invece quella aperta dalle cure primarie, votata alla prevenzione e alla vicinanza col paziente: l'intervento, dove necessario, si rivolgerebbe ad una condizione ancora malleabile e trattabile con maggior efficacia; si può intervenire sul disturbo ancora "in germe", trattabile dunque con maggiore probabilità di successo quando ancora è ben lontano dal suo cronicizzarsi. Facile intuire come si tratti di un cambio di prospettiva: si passa dalla cura della malattia alla promozione e salvaguardia della salute. Tale visione ha incontrato pienamente il favore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che in una nota si è così espressa: *"Quando sono confrontati paesi allo stesso livello di sviluppo economico, quelli in cui l'assistenza sanitaria è organizzata attorno a principi di assistenza sanitaria primaria, ottengono un più alto livello di salute per lo stesso investimento"* (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008b).

Inoltre l'adozione di un simile modello implica un'integrazione e un completamento rispetto al modello biomedico, spesso concentrato sul dualismo di cartesiana memoria che considera mente e corpo come due domini distinti. Per lungo tempo, infatti, esperti di salute mentale e medici sono stati addestrati individualmente, con poche o rare opportunità di lavorare in collaborazione: abbracciare un modello biopsicosociale (Engel, 1977) significa ricongiungere *res cogitans* e *res extensa* come se, invero, potessero mai essere stati separati. Non si tratta forse allora solo di riunire corpo e mente, quanto di capire come abbiamo fatto a separarli, dato che non lo sono mai stati.

La premessa di base, infatti, considera la malattia e il malessere dell'individuo non solo come una questione interna del soggetto stesso, limitata alle sue componenti corporee, cognitive ed emotive, ma la allarga fino a includere il suo contesto, e gli altri in contatto con lui: la malattia interagisce, interferisce e comunica con il contesto relazionale in cui il soggetto è inserito. E questo in quanto il malessere si crea all'interno delle relazioni, come affermato, tra le altre, dalle teorie dell'attaccamento e della regolazione emotiva, e produce degli effetti relazionali, intacca il comportamento non solo della persona che lo vive, ma anche le emozioni, i pensieri e i comportamenti delle persone accanto a lei. La

mente dell'uomo, quindi, è un sistema continuamente connesso con l'ambiente in cui è inserito e con il quale stabilisce un rapporto di reciproca dipendenza. In accordo con Bateson (1972, pp. 479-480), *“La mente individuale è immanente, ma non solo nel corpo essa è immanente, anche i canali e messaggi esterni al corpo; e vi è una più vasta Mente di cui la mente individuale è solo un sottosistema [...] La psicologia freudiana ha dilatato il concetto di mente verso l'interno, fino a includervi l'intero sistema di comunicazione all'interno del corpo. [...] Ciò che sto dicendo dilata la mente verso l'esterno”*.

Ogni individuo è, infatti, incardinato in differenti contesti: fisico, familiare, relazionale, culturale e così via; questo rappresenta un elemento fondamentale per comprendere la dimensione della malattia e del problema all'interno del quale il paziente si dibatte. Tentare di comprendere la malattia separatamente dal suo contesto, quindi, è un errore dello stesso tipo di quello che separa l'intelletto dalle emozioni o la mente dal corpo.

Ne deriva una premessa irrinunciabile, ovvero che ogni problema non può essere compreso se separato dal contesto in cui lo stesso si verifica (Watzlawick et al., 1971). Lo si è visto ad esempio nella sperimentazione veneta, in cui lo psicologo allargando il campo di osservazione rispetto al paziente, ha potuto comprendere il suo distress alla luce del suo ciclo di vita, e del suo contesto di riferimento, familiare, lavorativo, sociale in cui ogni persona è inserita.

Oltre alla fondamentale questione salutistica che il modello di psicologia di cure primarie vuole stimolare e promuovere, ad esso si affianca un tema legato ad aspetti economici: se certamente la cura o la prevenzione hanno lapalissiani effetti benefici sull'individuo, il sostegno di malati cronici o gravi ha un impatto sulla spesa pubblica. Questo è vero non solo in termini di welfare, intesi come interventi verso individui con conclamate invalidità, ma anche per la spesa relativa ai giorni persi per malattia, nonché in termini di mancata produzione industriale.

L'esperienza dello psicologo di base può rappresentare una nuova frontiera per la psicologia clinica e di comunità anche dal punto di vista del modello di servizio proposto: è infatti lo psicologo che si adatta ad un contesto sanitario nuovo accettando di modificare il suo setting ed il suo modello di intervento per venire incontro ai bisogni dell'utente, senza nessuna imposizione o rigidità «ideologica» aprioristica. Il servizio così proposto contiene alcuni punti in comune con i servizi forniti, in diversi paesi europei, dalle consultazioni nei contesti di primary care. La peculiarità principale risiede nel differente contesto che, pur rimanendo legato alle tematiche della salute, viene percepito come meno

«medicalizzato» e più prossimo alla quotidianità. Questa percezione rende meno difficile l'avvicinamento al servizio, facilitando effettivamente l'espressione della propria domanda psicologica. Una buona collaborazione col servizio di PCP potrebbe evitare inutili e costosi esami medici e predisporre il paziente ad una prospettiva diversa, che apre la possibilità di affrontare eventuali problemi di cui il sintomo non è che la spia.

Investire nelle cure primarie, pare dunque soddisfare richieste in più direzioni.

Il compito della PCP è quello di fornire un primo livello di cure psicologiche posizionato sul territorio, accessibile, efficace, costo-efficace ed integrato con gli altri servizi sanitari, nella prospettiva di un'organizzazione di assistenza psicologica a livelli crescenti di intervento (stepped care) e deputata principalmente a rispondere alla domanda di cura soprattutto dei cosiddetti Disturbi Mentali Comuni, che, se non trattati, comportano elevate conseguenze sul piano dei costi sociali, oltreché di forte malessere individuale. La valutazione dell'appropriatezza dei trattamenti, della loro efficacia, dei costi in rapporto all'utilità e ai benefici che producono, l'applicazione di modelli che tengono conto anche dell'efficienza del servizio – come quello “stepped care”- costituiscono una realtà con cui occorre confrontarsi nella programmazione di un servizio per la salute mentale della comunità.

Il progetto di costruzione di una Psicologia di Cure Primarie rappresenta quindi senza dubbio una sfida importante. Come in ogni nuovo progetto, si scontano problemi, difficoltà ed ingenuità che l'esperienza e la pratica correggeranno, ma in cui, sicuramente, il beneficio è collettivo: il carico di lavoro del medico si alleggerisce, l'assistenza migliora, si fa prevenzione e si riduce la spesa sanitaria.

Questa tesi ha coinvolto un numero molto elevato di partecipanti, in totale 682, e ha permesso, attraverso numerosi e vari risultati, di ottenere una panoramica ricca e complessa dell'utenza che potrebbe rivolgersi al PCP e del suo stesso ruolo. Anche le ricadute applicative sono diverse e specifiche per ogni risultato emerso nei vari studi.

Nel primo studio ho indagato i vissuti che creano difficoltà rispetto alla richiesta d'aiuto psicologico cercando di capire nei giovani adulti se il fatto di aver appreso nella socializzazione primaria una particolare modalità nella gestione delle emozioni, della sofferenza e del disagio possa avere un'impatto nella gestione del sintomo psicologico e se questo ha un'effetto sull'interiorizzazione nello stigma.

È emerso che lo stigma è il principale fattore d'influenza nell'atteggiamento verso la richiesta d'aiuto allo psicologo, e nello stigma intervengono anche le modalità di gestire le

emozioni. Ad esempio le persone che in famiglia hanno appreso delle strategie di evitamento delle emozioni o di soppressione potrebbero evitare anche la situazione psicologica e aderire più facilmente a una visione stigmatizzante per poter mantenere una coerenza rispetto a quanto appreso e al proprio contesto di riferimento, conservando un senso di autostima e efficacia personale (Rusch et al., 2005); allo stesso modo, le persone che durante la crescita hanno sviluppato uno stile cognitivo orientato a ciò che è esterno alla vita psichica, terza componente dell'alessitimia, potrebbero non attribuire la sensazione di malessere a un disagio di natura psichica, e, a causa del pensiero conformistico, potrebbero adeguarsi in modo acritico alle opinioni socialmente prevalenti (Porcelli & Todarello, 2005), nel caso ad esempio di una visione negativa dello psicologo nella propria rete di riferimento.

In una seconda ricerca ho approfondito come vengono percepite le figure d'aiuto e quali sono le conoscenze rispetto ad esse. La figura dello psicologo presenta dei tratti di ambivalenza: da un lato più della metà dei giovani adulti coinvolti non vi si era mai rivolta, sia per la volontà di risolvere i propri problemi in autonomia e la fatica ad esprimere ad altri le emozioni negative, per l'idea che sia necessario avere un problema grave per poterne usufruire o che sia preferibile rivolgersi a familiari ed amici, ma anche a causa di timore e scetticismo nei confronti di questa figura e della terapia, su cui hanno un'influenza le opinioni del proprio sistema di riferimento; lo psicologo, quindi è ancora una professione che fa paura, che non si conosce, che viene confusa con lo psichiatra. Emergono anche degli aspetti strutturali come barriera a un possibile contatto con questa figura, come i costi e il fatto di non sapere da chi andare. Dall'altro lato, lo psicologo sembra comunque elicitare una percezione elevata di calore e competenza, se comparato con le altre figure di aiuto, e un'emozione di ammirazione che si attesta però a livelli medi. Il livello di ammirazione percepito, inoltre, dipende da quello di competenza percepita, e non dal calore: se allora lo psicologo suscita una percezione generalmente positiva a livello di calore, probabilmente i dubbi potrebbero essere maggiormente legati al suo ruolo professionale, alle sue competenze e capacità, ed è soprattutto su queste, che, quindi, è necessario intervenire.

Infatti, per esempio, nonostante emerga un parere abbastanza positivo verso gli psicologi, questa professione non emerge tra quelle desiderate per i propri figli, probabilmente in quanto non garantirebbe un adeguato prestigio sociale e/o sostentamento economico.

È vero quindi che la figura psicologica sembrano vincere il confronto con le altre, ma

probabilmente l'atteggiamento verso questa professione non è ancora del tutto positivo, aspetto che, come si è visto, impatta notevolmente sul processo di richiesta d'aiuto.

Si apre allora la possibilità dello psicologo di base tra le figure d'aiuto possibili. Il quadro che emerge è positivo: un elevato numero di partecipanti sostiene che si potrebbe rivolgere a questo professionista (il doppio rispetto a coloro che affermano di volersi rivolgere in futuro ad uno psicologo); tra i principali benefici nominati vi sono una maggiore accessibilità in termini economici e in termini logistici in quanto si saprebbe immediatamente a chi rivolgersi, oltre che una riduzione dello stigma: vi sarebbe quindi la possibilità di ricorrere allo psicologo di base senza necessità di chiedere informazioni ad altri (bypassandone quindi il giudizio), perché, come avviene per il medico di base, si sa dove è collocato il suo studio ed è "vicino casa". La prossimità della cura è, infatti, un fattore rilevante rispetto alla possibilità di accesso al professionista (Hahm et al., 2008): da uno studio di Forrest e colleghi (1998) è emerso che nelle cure primarie, il fatto che la persona debba effettuare uno spostamento superiore a trenta minuti, oppure che non abbia a disposizione idonei mezzi di trasporto pubblici e/o privati, diminuisce la probabilità di ricevere un aiuto. In accordo con Molinari (2014), questo è ancora più vero per i servizi di salute mentale, verso cui intervengono anche barriere di natura culturale.

Anche lo psicologo di cure primarie elicitava un'elevata percezione di calore e di competenza, anche se più bassa rispetto allo psicologo privato. Verso lo psicologo di base i partecipanti nutrono, inoltre, un'emozione di ammirazione, che, anche in questo caso, dipende dalla competenza percepita e non dal calore. L'aspetto della competenza riemerge come dato su cui porre l'attenzione anche perché rientra tra le possibili criticità espresse dai giovani adulti verso questa figura: oltre al timore per la sua competenza, segnale anche di una scarsa stima nei confronti del settore pubblico, emergono anche il timore per la privacy e per una possibile mancanza di discrezione, oltre alla paura di un eccessivo utilizzo del servizio da parte dell'utenza. Questi aspetti sono importanti per una futura implementazione, che dovrebbe porvi attenzione: un esempio è quello proposto nell'ultimo capitolo.

Nell'ultimo studio, in cui è stata presentata e valutata la prima sperimentazione veneta dello psicologo di base, sono emersi i seguenti risultati principali: il servizio proposto ha permesso d'intercettare la domanda psicologica che altrimenti sarebbe rimasta inespressa e priva di sostegno; in diversi casi, grazie all'intervento in una fase precoce del disagio, è stato risolutivo verso la problematica del paziente; ha significativamente aumentato la

qualità di vita delle persone che hanno preso parte alla consultazione, riportandola in alcuni casi ai valori medi italiani, pur partendo da livelli drammaticamente inferiori; ha ridotto nuovi accessi impropri al medico di base e la prescrizione farmacologica e ha generato un elevato livello di soddisfazione in tutto il personale coinvolto.

Questi risultati preliminari sono a mio avviso molto importanti, in quanto questa tesi è stata pensata come punto di partenza e proposta di una strategia per una professione psicologica più attenta alle esigenze della possibile utenza. Mi ero chiesta, infatti, se lo psicologo di cure primarie potesse ridurre il problema della richiesta d'aiuto, attraverso il suo inserimento proprio dove arriva una parte di sofferenza psicologica della popolazione, ovvero l'ambulatorio del medico di famiglia, tentando di capire se così facendo si potesse intercettare il bisogno d'aiuto che, per i fattori emersi nei due precedenti studi, non è espresso, ma è sicuramente presente.

Infatti, nelle ricerche che hanno previsto una misurazione dello stato di benessere della possibile utenza è emerso un livello di qualità di vita molto basso: nel primo studio circa la metà dei partecipanti riferiva una condizione di distress psicologico, nonostante questo non sembri influenzare la richiesta di aiuto psicologico, e anche nella ricerca che valuta la sperimentazione veneta dello psicologo di base, i punteggi medi di benessere prima del ciclo di consultazioni sono significativamente inferiori alla media nazionale; anche in questo caso, però, la stragrande maggioranza dei pazienti non si era mai rivolta allo psicologo nel corso della propria vita (dato emerso anche nella seconda ricerca). Questi dati confermano la letteratura di riferimento rispetto alla giovane età come fattore di rischio rispetto all'insorgenza di sintomi psicologici, e la letteratura inerente le fasi e relative barriere alla richiesta d'aiuto, per cui se è vero che se per cercare aiuto è necessario che la persona percepisca un distress psicologico significativo (Cameron et al., 1993; Vogel et al., 2006; Elliot et al., 2015; Saunders, 1993), si tratta solamente di un primo step, che nella maggior parte dei casi non viene mai superato.

Il PCP potrebbe permettere di capovolgere il processo di richiesta d'aiuto descritto in letteratura, in quanto alcune fasi potrebbero essere completamente bypassate (si pensi ad esempio allo step di ricerca di un professionista) e alcune barriere potrebbero essere piano piano superate: non è necessario né un invio, né una precisa domanda psicologica, le persone potrebbero non avere più il timore di sentirsi matte o comunque stigmatizzate; attraverso il lavoro congiunto, medico e psicologo condividono un approccio olistico alla malattia e questo probabilmente incoraggia i pazienti a percepire l'utilità dello psicologo

nella gestione della sofferenza psicologica; il lavoro congiunto permetterebbe inoltre alle persone di provare stima e fiducia verso lo psicologo così come viene provata nei confronti del medico (Liuzzi, 2011): lo psicologo diventerebbe così più “familiare, intimo e personale e questo potrebbe per accrescere l'accettazione della professione psicologica da parte dei pazienti (Cordella, 2016).

Lo psicologo di base grazie al suo possibile inserimento nelle cure primarie potrebbe quindi ovviare a diversi ostacoli citati nei capitoli teorici: è facilmente reperibile, è vicino all'utenza, offre un servizio gratuito, riduce lo stigma, aiuta le persone a pensarsi come un'unicità. Si potrebbe così aprire la strada ad una nuova mentalità, come hanno sottolineato gli stessi partecipanti alla ricerca, in cui lo psicologo di base diventi, per le generazioni future, “la normalità”.

Il lavoro, però, non termina con l'implementazione nel Servizio Sanitario Nazionale di questa figura.

Dai miei dati, infatti, emergono diversi aspetti importanti su cui è necessario per clinici e ricercatori discutere e lavorare.

Gli psicologi, come esperti del settore, hanno il dovere di capire perché molte domande e molti bisogni rimangono nascosti, oppure perché vengono dirottati verso altre professionalità o reti informali di aiuto: è importante per i clinici conoscere quali sono i passaggi e le barriere che la persona deve superare prima di arrivare nello studio di consultazione e che il paziente che finalmente arriva probabilmente percepisce una sofferenza da diversi anni e nutre una serie di paure e dubbi anche sulla nostra stessa professionalità, soprattutto se si tratta di un giovane adulto.

Come emerge dallo studio presentato nel quinto capitolo c'è ancora poca chiarezza rispetto ai professionisti della salute mentale, in linea con diversi lavori in letteratura: è stato riscontrato, infatti, come i giovani siano tendenzialmente poco informati in merito a ciò che concerne la salute mentale (Jorm et al., 1997; Jorm, 2012) e questo aspetto risulta particolarmente saliente dal momento che è proprio durante l'adolescenza e la prima giovinezza che si sviluppano i comportamenti legati alla salute, si acquisisce la responsabilità delle proprie azioni e si impara a tenere sotto controllo il proprio stato di salute in modo autonomo (Rickwood et al., 2005).

Abbiamo detto che la percezione del distress, seppur indispensabile nell'attivare il processo di richiesta di aiuto, non costituisce un elemento sufficiente affinché quest'ultimo venga portato a compimento.

Le implicazioni per la pratica clinica sono diverse e si rifanno a un piano macro e pubblico e ad un livello micro.

Ad un livello pubblico, i professionisti che operano nell'ambito della salute mentale devono affrontare la diffusione di percezioni negative rispetto alla salute mentale e ai servizi che se ne occupano. Queste credenze portano le persone a sottostimarne i benefici e a sovrastimare i rischi e i costi legati ad un'eventuale richiesta di aiuto psicologico che viene perciò considerata come l'ultima spiaggia in caso di necessità (Vogel & Wester, 2003; Vogel et al., 2005). Risulta a tal proposito necessario che vengano implementate delle strategie informative ed educazionali (attraverso libri, siti internet, video, workshop, programmi di sensibilizzazione ad ampio raggio) atte ad offrire alla popolazione un'immagine più accurata e realistica della terapia e dei ruoli di paziente e terapeuta; infine devono preoccuparsi della tematica dello stigma, che è la più citata barriera rispetto associata alla richiesta d'aiuto (Corrigan, 2004), e realizzare campagne finalizzate ad una sua riduzione (Vogel et al., 2006b).

Un elemento che permette di facilitare il ricorso ai servizi è rappresentato da un accrescimento delle conoscenze in merito alla salute mentale. Questa consapevolezza ha portato nell'ultimo ventennio allo sviluppo di progetti a livello territoriale e nazionale per responsabilizzare i membri della comunità ad agire direttamente in vista di una migliore salute mentale. Questi interventi si fondano sul concetto di "mental health literacy" coniato alla fine del secolo scorso e definito come "la conoscenza e le credenze in merito ai disturbi mentali che contribuiscono al loro riconoscimento, alla loro gestione o prevenzione" (Jorm et al., 1997, p. 182). In particolare questo costrutto include i seguenti aspetti: 1) come prevenire i disturbi mentali; 2) riconoscere quando si sta sviluppando un disturbo mentale; 3) conoscere le opzioni a disposizione per richiedere aiuto e le forme di trattamento possibili; 4) conoscere le strategie di auto-aiuto più efficaci per problemi di natura minore e 5) possedere le abilità di base per supportare le altre persone affette da problemi mentali (Jorm et al., 1997).

È stato dimostrato che le conoscenze in merito alla salute mentale possono essere migliorate attraverso interventi su larga scala.

Tra questi vengono annoverate le campagne promosse in diversi Stati per aumentare le conoscenze in merito a differenti quadri psicopatologici. Per esempio in Australia ha avuto ampia risonanza un'iniziativa finanziata dal governo nazionale, chiamata *beyondblue*, che ha promosso attività di vario genere (inclusi eventi di carattere artistico e sportivo) e

coinvolto diverse professionalità e personalità di spicco (Hickie, 2004), portando ad un accrescimento delle competenze legate al riconoscimento dei sintomi e alla scelta dei possibili trattamenti per la depressione oltre che una maggiore apertura e considerazione positiva rispetto ad essi (Jorm, Christensen, & Griffiths, 2005).

Sempre in merito al quadro depressivo, è stata portata avanti una campagna informativa in Germania nella città di Nuremberg tra il 2001 e il 2002, in seguito estesa ad altri 17 paesi (Hegerl et al., 2009), che ha chiamato in causa oltre agli utenti dei servizi di salute mentale e ai loro parenti anche medici di base, insegnanti ed ecclesiastici come figure preponderanti nel processo di invio ai servizi (Dietrich et al., 2010). Anche questo intervento ha prodotto dei risultati promettenti aumentando la consapevolezza in merito al quadro depressivo, aiutando a superare i pregiudizi ad esso legati (quali il fatto che sia dovuto ad una mancanza di autocontrollo e disciplina), migliorando l'attitudine nei confronti dei farmaci antidepressivi e portando ad una riduzione del tasso di suicidi (Hegerl et al., 2009). Sempre in riferimento alla depressione, nell'ottobre 2015 grazie ad un'iniziativa dell'Ordine degli Psicologi del Veneto (OPV) è stato invitato a Padova John Kirwan, campione del mondo di rugby e autore del libro "All Blacks Don't Cry", il quale raccontando la sua esperienza ha rotto il tabù della depressione nel mondo anglosassone, diventando consulente per il Ministero della Salute della Nuova Zelanda.

In Norvegia invece è stato intrapreso un programma volto a migliorare le conoscenze per la diagnosi precoce delle psicosi (Joa et al., 2008), attraverso campagne di informazione per il riconoscimento del quadro psicopatologico da parte della popolazione generale, delle scuole e dei medici di base. Questo intervento ha portato ad una riduzione a 5 settimane del periodo di latenza che intercorre tra il primo episodio di insorgenza e l'inizio del trattamento, risultato promettente se confrontato con le 16 settimane del gruppo di controllo.

Per condurre questi interventi di informazione vengono spesso privilegiati contesti educativi quali le scuole e le università in quanto permettono di coinvolgere la fascia della popolazione più a rischio di sviluppare una patologia mentale (Jorm, 2012; Battaglia et al., 1990; Rahman et al., 1998).

Tra gli argomenti proposti vi sono in particolare approfondimenti in merito all'abuso di sostanze stupefacenti, alla sintomatologia depressiva, al suicidio e alle fonti di aiuto disponibili in caso se ne avverta la necessità. Queste campagne informative hanno inoltre come vantaggio quello di rendere partecipi anche il nucleo familiare, gli amici, i vicini e

altri membri della cerchia sociale più prossima alle persone direttamente coinvolte, avendo in tal modo un impatto ad ampio spettro su tutta la comunità (Rahman et al., 1998).

È importante, infatti, vivere in una società in cui le persone che si trovano ad affrontare un disturbo mentale abbiano gli strumenti idonei per richiedere un aiuto professionale tempestivo, in cui possano ricevere trattamenti di efficacia provata e sentirsi supportati dalle persone della loro rete relazionale, in cui la popolazione sia in grado di seguire dei comportamenti di prevenzione e i servizi di salute mentale vengano universalmente considerati un settore in grado di offrire aiuti concreti e in cui perciò valga la pena di investire (Jorm, 2012).

A livello micro, gli psicologi stessi, anche quando lavorano privatamente, possono avere un ruolo nel diminuire lo stigma, aumentare le conoscenze e incrementare, seppur indirettamente, la competenza emotiva.

In accordo con Elliot e colleghi (2015) i clinici, in virtù della loro formazione, hanno un compito importante: possono fornire informazioni sulla natura dei disturbi mentali sui sintomi più frequenti del disagio emotivo, sulla loro frequenza e sulle loro caratteristiche. Si potrebbero, infatti, fornire spunti anche sugli aspetti relativi alla gestione delle emozioni e del disagio, informando ad esempio i giovani che spesso l'evitamento e la soppressione della sofferenza non fanno che accrescerla: esiste una nutrita letteratura a sostegno dell'ipotesi che le strategie utilizzate dagli individui per regolare il proprio stato emozionale abbiano effetti sul loro benessere, non solo a livello psicologico, ma anche psicofisiologico e somatico (Aldao et al., 2012; Berking & Wupperman, 2012). Per quanto riguarda le specifiche forme di regolazione, secondo una recente meta-analisi condotta da Aldao e collaboratori (2012), il reappraisal e l'accettazione sembrerebbero essere fattori protettivi rispetto alla psicopatologia, mentre l'evitamento oppure la repressione (sia essa di comportamenti, emozioni o pensieri) sembrerebbero essere relazionate alla psicopatologia, soprattutto nel caso di disturbi come ansia e depressione.

Lo sviluppo di strategie adattative di regolazione emozionale, infatti, rappresenta spesso uno dei principali obiettivi degli interventi psicoterapeutici trasversalmente a numerosi approcci teorici (Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Berking et al., 2008). Quello della competenza emotiva, che comprende al suo interno aspetti relativi all'attaccamento, alla regolazione emotiva e all'alessitimia, è un concetto di centrale importanza in psicologia

clinica, sia per quanto riguarda i modelli della psicopatologia, che per i modelli del cambiamento psicoterapeutico.

Gli psicologi hanno bisogno di stabilire una comunicazione con il pubblico, informandolo anche su cos'è la terapia, su quando è utile, e su dove si trovano i servizi. L'idea è che aumentando la consapevolezza del pubblico sui benefici della psicoterapia e sul dove ricercare aiuto si possa incrementare la probabilità che la ricerca di aiuto diventi una risposta più comune alla gestione del disagio psicologico, secondo la premessa per cui aumentando l'informazione cresce anche l'empowerment.

Uno strumento fondamentale per realizzare questo obiettivo potrebbe essere proprio il web, che è emerso come uno dei primi modi attraverso cui si cerca lo psicologo. Il mondo di internet, se non demonizzato e utilizzato con intelligenza è già la nuova frontiera attraverso cui comunicare con la possibile utenza, soprattutto con i giovani adulti, la cosiddetta Generazione Y, (conosciuta anche come Millennial Generation), la generazione del nuovo millennio. Gli appartenenti ad essa, chiamati Millennial, sono i nati dal 1979 fino al 2000, nel mondo occidentale: questa generazione è caratterizzata da un maggiore utilizzo e una maggiore familiarità con la comunicazione, i media e le tecnologie digitali. Internet e i social network sono il “nuovo” mezzo, sono gli strumenti del presente e saranno sempre di più quelli del futuro. Anche i ricercatori hanno sottolineato le potenzialità del Web e dei siti internet quali veicoli di informazioni in merito alle specificità dei disturbi mentali, alle possibilità di trattamento e alla prevenzione (Jorm, 2012).

Un altro aspetto importante secondo Vogel e collaboratori (2006), al quale i clinici devono prestare attenzione, è che il processo di valutazione dei benefici delle proprie azioni non termina una volta operata la scelta di iniziare una terapia. Per questo risulta necessario prendere in esame le aspettative del cliente in relazione alla terapia, affrontare e discutere i dubbi e i timori in modo da prevenire l'interruzione precoce del trattamento.

È utile inoltre che il terapeuta indaghi le decisioni prese dal cliente prima di entrare in terapia e i risultati a cui hanno portato rispetto agli obiettivi prestabiliti. In particolare partendo da ciò che non ha funzionato in passato il terapeuta può lavorare con il cliente per aiutarlo a prendere in considerazione percorsi d'azione differenti e più funzionali per il suo benessere (Vogel et al., 2006).

Infine, ma non ultimo per importanza, emerge il tema delle competenze.

Secondo il modello olandese lo psicologo di cure primarie è un laureato in psicologia, che ha svolto un training post lauream di due anni comprensivo di un'esperienza di supervisione: egli deve avere un approccio biopsicosociale e generalista, dunque rivolto alla prevenzione e alla salute del paziente più che alla psicopatologia, e comunitario; tra le competenze sono elencate la capacità di interazione e integrazione con le altre figure professionali territoriali, conoscenze sui disturbi somatici e di psicofarmacologia, capacità diagnostica e di utilizzo dei principali strumenti di assessment, un approccio integrato e una prospettiva di sviluppo.

Il modello inglese è diverso in quanto il programma IAPT eroga solo trattamenti dalla comprovata efficacia forniti da professionisti la cui formazione consiste in un anno di corsi, strutturati in due giorni la settimana di lezioni in università e tre giorni di pratica sotto supervisione; la certificazione è fornita dalla British Association of Behavioural and Cognitive Therapists and British Psychological Society (Layard & Clark, 2014): se in terapeuti high-intensity devono essere in possesso di conoscenze inerenti i trattamenti evidence-based indicati dalle linee guida NICE, i Psychological Wellbeing Practitioner (PWP) devono avere delle conoscenze relative ai trattamenti evidence-based low intensity, di assessment, di lavoro all'interno di un contesto sanitario.

Secondo il modello romano, il più strutturato tra quelli italiani, lo psicologo di base deve possedere conoscenze sui principali sintomi somatici che si riscontrano negli studi dei medici di base e sui farmaci e in generale tecniche comunicative e di presa in carico, che riflettano un modo di intendere la salute, la malattia e le cure, sia a livello cognitivo che emozionale in linea con il modello biopsicosociale.

Secondo Solano e colleghi (2011) è necessaria una formazione post-lauream specifica ed organizzata per raggiungere le competenze fin'ora descritte, attraverso dei master specifici, uno dei quali è stato attivato a Roma sotto la direzione del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica: il Master Biennale di II livello sullo *Psicologo di Base nell'assistenza sanitaria primaria*.

Secondo il modello veneto, sono necessarie capacità diagnostiche, doti empatiche, comunicazione motivazionale, tecniche di counseling, di promozione della salute, di prevenzione e gestione dello stress e conoscenze legate al ciclo di vita; infine anche in questa esperienza, come in quella laziale è emerso il bisogno per lo psicologo di avere una formazione sulla patologia somatica e sui sintomi psicosomatici; a differenze del progetto

di Solano, però, gli psicologi coinvolti in questo servizio hanno espresso la richiesta di una strutturata esperienza clinica e la necessità della specializzazione in psicoterapia.

La questione rispetto all'eventuale specializzazione dello psicologo di base è difficile e rimane aperta: da un lato uno psicologo di base, come suggerisce il nome, potrebbe essere un professionista laureato e con una specifica formazione di cure primarie, dall'altro lato è anche vero che la specializzazione in psicoterapia fornisce un tipo di preparazione sicuramente diversa e certamente utile quando ci si trova di fronte al paziente, anche se si devono svolgere pochi colloqui. Sono assolutamente necessari ulteriori ricerche e ulteriori riflessioni su questo tema.

Il tema delle competenze attribuibili allo psicologo di base è stato anche oggetto d'indagine nel 2012 su iniziativa dell'APA (McDaniel et al., 2014), la quale ha dato impulso all'attività di un gruppo di lavoro nato allo scopo di meglio delineare questa figura. Lo stesso partì dunque dall'analisi della letteratura esistente per sintetizzare alcune definizioni che permisero di individuare 16 abilità "core" raggruppabili in 6 clusters che dovrebbero caratterizzare lo psicologo di base (*Figure 7.1*).

Figura 7.1: Competenze dello psicologo di base (McDaniel et al., 2014)

Cluster	Competency groups
Science	Science related to the biopsychosocial approach Research/evaluation
Systems	Leadership/administration Interdisciplinary systems Advocacy
Professionalism	Professional values and attitudes Individual, cultural, and disciplinary diversity Ethics in primary care Reflective practice/self-assessment/self-care
Relationships	Interprofessionalism Building and sustaining relationships in primary care
Application	Practice management Assessment Intervention Clinical consultation
Education	Teaching Supervision

In questo nuovo scenario, lo psicologo è chiamato a svolgere nuove funzioni ed a ricoprire ruoli non tradizionali ancora non completamente delineati.

Ad esempio, lo psicologo potrebbe impegnarsi nella promozione di nuove risposte comportamentali in pazienti con disturbi cronici, tenere traccia della storia clinica di questi pazienti e rinforzare nuovi atteggiamenti sani che si andrebbero a sviluppare. Essendo la funzione ancora in via di definizione, vi sono molti spazi e varie opportunità in cui può trovare applicazione la nuova figura; McDaniel & DeGruy, nel loro articolo del 2014 descrivono lo psicologo nelle cure primarie in ruoli diversi, di seguito vengono riassunte alcune delle proposte avanzate da questi autori.

- Lo psicologo può essere membro di un team composto da vari attori impiegati nelle cure primarie;
- potrebbe trattarsi di uno specialista nelle cure mentali capace di portare il suo contributo dove la situazione ecceda gli ambiti delle cure primarie facilitando così il compito dei colleghi;
- vestire i panni di un consulente che svolge il ruolo di coordinatore con gli altri membri del team in materia di diagnosi o trattamento pianificato e che stimola lo sviluppo di confidenza ed abilità nel team stesso;
- essere garante dell'integrità della guarigione, lo psicologo è centrato sulla persona ed è intrinsecamente formato per valutare se il paziente percepisce l'intero intervento come coerente ed aderente alle proprie esigenze;
- un facilitatore capace di individuare le pratiche più idonee, individuando procedure allo scopo di migliorare ed ottimizzare qualità ed efficacia del servizio offerto ponendosi dunque come leader del team;
- farsi promotore di incontri in cui condividere questioni cliniche o amministrative da sviluppare con altri soggetti impegnati nell'esercizio della salute;
- un interprete della nuova rivoluzione culturale insita nel modello biopsicosociale che è alla base della collaborazione richiesta negli interventi di cure primarie;
- un manager, che accoglie formali compiti promuovendo progetti concreti, confrontandosi dunque con soggetti finanziari ed altri leader amministrativi (Peek, 2008).

Continuare a ragionare sulle competenze di questa nuova figura è fondamentale, non solo per la strutturazione di un ruolo credibile e competente, che abbia i contorni il più

possibile definiti in un ambito che è ancora tutto da tracciare, ma anche perché la sua formazione è un fattore su cui intervenire per migliorare la sua percezione da parte della popolazione che dovrebbe usufruirne.

I risultati di questa tesi sembrano promettenti e indicano con forza e decisione la necessità di implementare lo psicologo di base nel Servizio Sanitario Nazionale. La crescita della psicologia nel servizio sanitario nazionale, come si è visto, è stata però lenta, difficile e a macchia di leopardo, con significative differenze d'implementazione nei vari territori. Come noto, il servizio sanitario nazionale è regionalizzato, e questa ha creato numerose disparità a livello nazionale, con regioni meglio organizzate e altre meno. Queste differenze, inoltre, esistono anche all'interno delle singole regioni, in cui possono esserci disparità nei servizi offerti che possono cambiare da province a provincia. Questa varietà territoriale da un lato è un pregio, ma dall'altro rappresenta un'ulteriore criticità. Quello della psicologia di cure primarie è dunque un progetto ambizioso, in cui le organizzazioni professionali di psicologi, medici, psichiatri, così come tutte le figure professionali eventualmente coinvolte, nonché le istituzioni universitarie e di formazione, dovranno fornire il loro supporto e sostegno.

Il lavoro da fare è grande sotto diversi punti di vista: teorico, organizzativo, economico, formativo, relazionale. Ogni disciplina dovrebbe proporre al suo interno modifiche concettuali e teoriche innovative che possano integrarsi ed essere condivise con le altre: da un lato si dovrebbero introdurre modifiche teoriche, scientifico-culturali, partendo da dibattiti tra scuole e modelli teorici differenti e dall'integrazione delle competenze di medicina e psicologia, dall'altro si deve costruire un modello concreto di collaborazione, a partire da quelli che si sono mostrati efficienti ed efficaci. Il lavoro è quindi da un lato ideologico e dall'altro pragmatico, in cui sono necessari approcci clinici efficienti ed efficaci, dimostrazioni di validità scientifica, la volontà di innovazione, progettualità e continuità. Solo così potranno esserci delle probabilità (anche se non certezze) che le barriere ad oggi presenti possano essere gradualmente oltrepassate, nella consapevolezza che sarà necessario del tempo, ma anche che spesso i successi determinano altri successi e che, se si riuscirà a realizzare delle esperienze valide, queste avranno un effetto trascinante in senso positivo.

Concludendo, quindi, i miei dati, lungi dall'essere presentati come definitivi e con i limiti già citati, sono proposti come un piccolo spiraglio di luce lì dove fino a poco prima vi era il buio: ulteriori ricerche faranno chiarezza rispetto alle ipotesi e ai risultati emersi, ma

questo voleva essere un primo importante inizio verso una sfida che va nella direzione di ottenere qualcosa in più rispetto a ciò che si aveva. Si tratta certamente di una tesi che apre la strada verso un ampio territorio ancora non del tutto esplorato, non che fornisce una direzione certa. Ma credo che tutte le invenzioni e tutte le idee siano avvenute quando una persona curiosa ha pronunciato le parole magiche “non lo so” ed è partita alla scoperta.

Riprendendo il mito di Sisifo, raccontato nella parte teorica di questo lavoro, allora si dovrebbe pensare alla sua fatica come a qualcosa di importante di per sé, senza soffermarsi su cosa accadrà dopo, sulla sua tragica fine. A causa di un castigo che gli venne inflitto dagli dei, infatti, Sisifo viene condannato a far rotolare un pesantissimo macigno sino alla sommità di una montagna; nell’attimo stesso in cui questo sforzo si completa, la pietra ricade a valle, e Sisifo è costretto a ricominciare da capo: spingere verso l’alto la pietra e vederla ogni volta ricadere, mostrando l’inutilità dei suoi sforzi, è il suo supplizio. È difficile immaginare una situazione più disperata, ma se si cambia il punto di vista, seguendo l’intuizione di Camus in *Il mito di Sisifo* (1994), si può arrivare alla conclusione opposta: si tratta di immaginare cosa passa per la testa di Sisifo mentre osserva la pietra rotolare a valle, consapevole di doverla far risalire di nuovo, infinite volte. È in quell’attimo disperante, scrive Camus, che si manifesta tutta la forza della presa di coscienza: si tratta di un mito tragico, infatti, proprio perché l’eroe è cosciente della pena che deve sopportare e ogni volta lo sforzo è accompagnato da una coscienza di sé sempre più forte, ma in questo non c’è disperazione, ma la consapevolezza di come, a volte, è fatta la vita. Perciò, afferma Camus, *“Sisifo insegna la fedeltà superiore, che nega gli Dei e solleva i macigni... Ogni granello di quella pietra, ogni bagliore minerale di quella montagna, ammantata di notte, formano, da soli, un mondo. Anche la lotta verso la cima basta a riempire il cuore di un uomo. Bisogna immaginare Sisifo felice”*.

Anche per quanto riguarda la psicologia di cure primarie, allora bisogna pensare che la bellezza è nel continuare indipendentemente dalla sorte. Nei Paesi Bassi prima di arrivare all’istituzione di questa figura sono trascorsi trent’anni di pressione politica e azione scientifica; in Italia abbiamo visto iniziare e concludere diverse sperimentazioni, non ultima quella veneta, di cui non si conosce ancora il destino futuro.

Sisifo, pur compiendo un lavoro inutile, è diventato la ragione stessa di quel masso. Per Camus non c’è disperazione, c’è il vivere per il gusto di vivere: il suo obiettivo è l’intensità della vita; quel masso è una vita intera, fuori dalla speranza che possa esserci una vita diversa, altra da quella. Allora anche la psicologia dovrebbe assumersi questo fardello,

nella consapevolezza che sarà un lavoro lungo e difficile, ma anche entusiasmante e inevitabile. Ed è proprio questa coscienza che può trasformare gli sforzi in risorsa o condanna: risorsa se non ci si fa spaventare dal fatto che non si vedranno nel breve termine i risultati del proprio impegno (*"la felicità e l'assurdo sono figli della stessa terra e sono inseparabili. Non v'è sole senza ombra e bisogna conoscere la notte"*), ma che si sta lavorando per il bene comune nel lungo termine; condanna se questa consapevolezza porta ad arrendersi e a direzionare su altro le proprie energie.

Da psicologa credo, infatti, che, se ti interessano le persone, ti deve interessare anche migliorare il mondo in cui vivono. Allora anche questa tesi vuole essere un modo per lasciare il mondo un po' migliore di come l'ho trovato, un piccolo gradino in questa scalata, immaginandomi felice anche solo per averla compiuta.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abe-Kim, J., Takeuchi, D., & Hwang, W. C. (2002). Predictors of help seeking for emotional distress among Chinese Americans: family matters. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1186.
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *American Counselor*, 58, 5–14.
- Adewuya, A. O., Afolabi, M. O., Ola, B. A., Ogundele, O. A., Ajibare, A. O., Oladipo, B. F., & Fakande, I. (2010). The effect of psychological distress on medication adherence in persons with HIV infection in Nigeria. *Psychosomatics*, 51(1), 68-73.
- Ainsworth, M. D. S. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. In C. M. Parkers & J. Stevenson-Hinde (Eds.). *The place of attachment in human behavior*, (pp. 3-30). New York: Basic Books.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M. D., & Wittig, B. (1969). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Determinants of infant behaviour*, 4, 113-136.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?. *Journal of abnormal psychology*, 121(1), 276.
- Alexander, M. G., Brewer, M. B., & Hermann, R. K. (1999). Images and affect: A functional analysis of out-group stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 78.
- Alexander, M. G., Brewer, M. B., & Hermann, R. K. (1999). Images and affect: A functional analysis of out-group stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 78.
- Allen, R. L., Walker, Z., Shergill, S. S., D'ath, P., & Katona, C. L. E. (1998). Attitudes to depression in hospital inpatients: a comparison between older and younger subjects. *Aging & Mental Health*, 2(1), 36-39.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Perseus Books.

- Alonso J., et al. (2004a). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 21-7.
- Alonso J., et al., (2004b). Use of mental health services in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 47-54.
- Alvidrez, J. (1999). Ethnic variations in mental health attitudes and service use among low-income African American, Latina, and European American young women. *Community mental health journal*, 35(6), 515-530.
- Anderson, J. R. (1982). Acquisition of cognitive skill. *Psychological review*, 89(4), 369.
- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *The British Journal of Psychiatry*, 179(5), 417-425.
- Ang, R. P., Lim, K. M., Tan, A. G., & Yau, T. Y. (2004). Effects of gender and sex role orientation on help-seeking attitudes. *Current Psychology*, 23(3), 203-214.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *European Psychiatry*, 24(4), 225-232.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (2001). What to do about mental disorder-help-seeking recommendations of the lay public. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(3), 220-225.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2), 146-151.
- Angermeyer, M., C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (1999). Whom to ask for help in case of mental disorder? Preferences of the lay public, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 202–210.
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., Wahlbeck, K. (2011). Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry*, 11, 52.

- Atun, R. (2004) Advisory support to primary health care evaluation model: Estonia PHC evaluation project.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
- Balestrieri, M., Carla, M., Leonetti, S., Sebastiani, G., Starace, F., Bellantuono, C. (2004). Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care, in “Soc. Psychiatry Psichiatri. Epidemiol.”, n.39, pp. 171- 176.
- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*, Edinburgh, Churchill Livingstone; trad. it. Medico, paziente e malattia, Milano: Feltrinelli.
- Balswick, J., & Avertt, C. P. (1977). Differences in expressiveness: Gender, interpersonal orientation, and perceived parental expressiveness as contributing factors. *Journal of Marriage and the Family*, 121-127.
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of general psychiatry*, 62(8), 903-910.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Bass, C., Murphy, M. (1990). The chronic somatizer and the government white paper (Editorial), *Journal of the Royal society of medicine*, 83, 203-205.
- Bateson, G., (1972). *Verso un'ecologia della mente*, tr. it. Adelphi, Milano, pp. 479-480.

- Bathje, G. J., & Pryor, J. B. (2011). The relationships of public and self-stigma to seeking mental health services. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(2), 161.
- Battaglia, J., Coverdale, J. H., & Bushong, C. P. (1990). Evaluation of a mental illness awareness week program in public schools. *The American journal of psychiatry*, 147(3), 324.
- Baviera, M., Anecchino, K., Danti, G., Del Zotti, F., Font, M., Joppi, R., ... & Tognoni, G. (2007). Italian ISDB study on depression: ISD Studio Italiano sulla Depressione in Medicina Generale. *Dialogo sui Farmaci*, 2, 56-63.
- Bayer, J. K., & Peay, M. Y. (1997). Predicting intentions to seek help from professional mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(4), 504-513.
- Bee-Gates, D., Howard-Pitney, B., LaFromboise, T., & Rowe, W. (1996). Help-seeking behavior of Native American Indian high school students. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(5), 495.
- Belsky, J. (2002). Developmental origins of attachment styles. *Attachment & human development*, 4(2), 166-170.
- Ben-Porath, D. D. (2002). Stigmatization of individuals who receive psychotherapy: An interaction between help-seeking behavior and the presence of depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(4), 400.
- Berardi, D. (2008). Cure primarie e disturbi psichiatrici comuni: una risorsa per la salute mentale?, Relazione al convegno annuale della Società italiana di Epidemiologia Psichiatrica, Perugia.
- 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.
- Berger, J. M., Levant, R., McMillan, K. K., Kelleher, W., & Sellers, A. (2005). Impact of Gender Role Conflict, Traditional Masculinity Ideology, Alexithymia, and Age on Men's Attitudes Toward Psychological Help Seeking. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(1), 73-78.
- Berger, P. L., Luckmann, T., & Innocenti, M. S. (1969). *La realtà come costruzione sociale*. Bologna: Il mulino.

- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 128-134.
- Bermingham, S. L., Cohen, A., Hague, J., & Parsonage, M. (2010). The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008–2009. *Mental Health in Family Medicine*, 7(2), 71.
- Berry, K., & Danquah, A. (2016). Attachment-informed therapy for adults: Towards a unifying perspective on practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(1), 15-32.
- Bertini, M. (1988). *Psicologia e salute*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Besharat, M. A., & Shahidi, V. (2014). Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Europe's Journal of Psychology*, 10(2), 352-362.
- Bignall, W. J. R., Jacquez, F., & Vaughn, L. M. (2015). Attributions of mental illness: an ethnically diverse community perspective. *Community mental health journal*, 51(5), 540-545.
- Blazina, C., & Watkins Jr, C. E. (1996). Masculine gender role conflict: Effects on college men's psychological well-being, chemical substance usage, and attitudes towards help-seeking. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 461.
- Blount, A. (2003). Integrated primary care: Organizing the evidence. *Families, Systems and Health*, n.21, pp. 121-133.
- Boagerts, K., Janssens, T., De Peuter, S., Van Dies, I., Van den Bergh, O. (2010). Negative affective pictures can elicit physical symptoms in high habitual symptom reporters. *Psychology and Health*, vol. 25, n.6, pp. 685-698.
- Bohnert, A. S. B., Perron, B. E., Jarman, C. N., Vaughn, M. G., Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (2010). Use of clergy services among individuals seeking treatment for alcohol use problems. *The American Journal on Addictions*, 19(4), 345-351.
- Boldero, J. & Fallon, B. (1995). Adolescent help-seeking: what do they get help for and from whom? *Journal of Adolescence*, 18, 193- 209.

- Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9.
- Bosio A.C. (2004). *Professioni psicologiche e professionalizzazione della psicologia*. Milano: Franco Angeli.
- Bosio A.C. (2011). *Fare lo psicologo. Percorsi e prospettive di una professione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bosio A.C., Lozza E. (2013). Professionalizzazione della psicologia e professioni psicologiche. Il percorso e le prospettive in Italia. *Giornale Italiano di Psicologia*, 4, 675-690.
- Bower, P., & Sibbald, B. (2000). Do consultation–liaison services change the behavior of primary care providers? A review. *General Hospital Psychiatry*, 22(2), 84-96.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). *Random House*. Furman, W., & Buhrmester, D.(2009). *Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version*. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 470-478.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. II: Separation*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *The British Journal of Psychiatry*, 130(5), 421-431.
- Bram, A. D. (1997). Perceptions of psychotherapy and psychotherapists: Implications from a study of undergraduates. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(2), 170-178. doi:10.1037/0735-7028.28.2.170
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview.
- Brenning, K. M., & Braet, C. (2013). The emotion regulation model of attachment: An emotion-specific approach. *Personal Relationships*, 20(1), 107-123.
- Breslau J, Lane M, Sampson N, Kessler RC. Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *J Psychiatr Res* 2008;42 :708–16.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited.

- Broman C.L. (1996), *Coping with personal problems*.
- Bronstein, P. (1984). Differences in mothers' and fathers' behaviors toward children: A cross-cultural comparison. *Developmental Psychology*, 20(6), 995.
- Bronstein, P., Fitzgerald, M., Briones, M., Pieniadz, J., & D'Ari, A. (1993). Family emotional expressiveness as a predictor of early adolescent social and psychological adjustment. *The Journal of Early Adolescence*, 13(4), 448-471.
- Brown, R., & Hewstone, M. (2005). An integrative theory of intergroup contact. In M. P. Zanna, & M. P. Zanna (Ed) (Eds.), (pp. 255-343). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/S0065-2601(05)37005-5
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 48.
- Calvo, V. (2008) Il questionario ECR–R: Aspetti di validazione della versione italiana dello strumento [The ECR-R questionnaire: aspects of validation of the Italian version of the instrument]. In Atti del X Congresso Nazionale AIP: sezione Clinica-Dinamica , Padova. Pp. 275 - 279 .
- Cameron, L., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1993). Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a communitydwelling, adult sample population. *Health Psychology*, 12, 171–179.
- Camus, A. (1990). PESTE, LA 2a (Vol. 35). Libresa.
- Camus, A., Rosso, C., Borelli, A., & Ponti, A. (1994). *Il mito di Sisifo*. Bompiani.
- Caretti, V., & La Barbera, D. (2005). *Alessitimia: valutazione e trattamento*. Astrolabio.
- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. *Clinical implications of attachment*, 1, 300-323.
- Cassidy, J., Parke, R. D., Butkovsky, L., & Braungart, J. M. (1992). Family-peer connections: the roles of emotional expressiveness within the family and children's understanding of emotions. *Child development*, 63(3), 603-618.
- Cauce, A. M., Domenech-Rodriguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help

- seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70, 44–55.
- Cepeda-Benito, A., & Short, P. (1998). Self-concealment, avoidance of psychological services, and perceived likelihood of seeking professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 45(1), 58.
- Cerulo M. (2013). *Maschere quotidiane. La manifestazione delle emozioni dei giovani contemporanei: uno studio sociologico*. Rubbettino Università, Torino.
- Chatters, L. M., Mattis, J. S., Woodward, A. T., Taylor, R. J., Neighbors, H. W., & Grayman, N. A. (2011). Use of ministers for a serious personal problem among african americans: Findings from the national survey of american life. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 118-127. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01079.x
- Chen, J., Xu, T., Jing, J., & Chan, R. C. (2011). Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC psychiatry*, 11:33, 1-6.
- Cheng, H. L., McDermott, R. C., & Lopez, F. G. (2015). Mental Health, Self-Stigma, and Help-Seeking Intentions Among Emerging Adults An Attachment Perspective. *The Counseling Psychologist*, 0011000014568203.
- Cheong, F. K., & Snowden, L. R. (1990). Community mental health and ethnic minority populations. *Community Mental Health Journal*, 26, 277–291.
- Cheung, F. K., & Snowden, L. R. (1990). Community mental health and ethnic minority populations. *Community Mental Health Journal*, 26(3), 277-291.
- Chiles, J. A., Lambert, M. J., & Hatch, A. L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 204-220.
- Choi, N. Y., & Miller, M. J. (2014). AAPI college students' willingness to seek counseling: The role of culture, stigma, and attitudes. *Journal of counseling psychology*, 61(3), 340.
- Choi, N. Y., & Miller, M. J. (2014). AAPI college students' willingness to seek counseling: The role of culture, stigma, and attitudes. *Journal of counseling psychology*, 61(3), 340.
- Chomienne, M. H., Grenier, J., Gaboury, I., Hogg, W., Ritchie, P., & Farmanova-Haynes, E. (2011). Family doctors and psychologists working together: Doctors' and patients' perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 282-287.

- Christensen, K. C., Birk, J. M., Brooks, L., & Sedlacek, W. E. (1976). Where clients go before contacting the university counseling center. *Journal of College Student Personnel*.
- Christiana, J. M., Gilman, S. E., Guardino, M., Mickelson, K., Morselli, P. L., Olfson, M., & Kessler, R. C. (2000). Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychological medicine*, 30(3), 693-703.
- Ciarrochi, J. V., & Deane, F. P. (2001). Emotional competence and willingness to seek help from professional and nonprofessional sources. *British Journal of Guidance and Counselling*, 29(2), 233-246.
- Ciarrochi, J., Wilson, C. J., Deane, F. P., & Rickwood, D. (2003). Do difficulties with emotions inhibit help-seeking in adolescence? The role of age and emotional competence in predicting help-seeking intentions. *Counselling Psychology Quarterly*, 16(2), 103-120.
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International review of psychiatry*, 23(4), 318-327.
- 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.
- Clausell, E., & Fiske, S. T. (2005). When do subgroup parts add up to the stereotypic whole? mixed stereotype content for gay male subgroups explains overall ratings. *Social Cognition*, 23(2), 161-181. doi:10.1521/soco.23.2.161.65626
- Clement S., Schauman O., Graham T., Maggioni F., Evans-Lacko S., Bezborodovs N., Morgan C., Rüsch N., Brown J. S. L. and Thornicroft G. (2014). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45, 11–27.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of personality and social psychology*, 71(4), 810.
- Corbetta, P. (2002). *Metodi di analisi multivariata per le scienze sociali: i modelli di equazioni strutturali*. Il mulino.

- Cordella, B., Greco, F., Di Trani, M., Renzi, A., La Corte, C., & Solano, L. (2016). The impact of joint consultation with family physicians on perception of psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(2), 102-109.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.
- Corrigan, P. W., & Penn, D.L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765-776.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P., Watson, A. C., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1312-1318.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological bulletin*, 115(1), 74.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7.
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2004). When professionals become mothers, warmth doesn't cut the ice. *Journal of Social Issues*, 60(4), 701-718. doi:10.1111/j.0022-4537.2004.00381.x
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2007). The BIAS map: Behaviors from intergroup affect and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 631-648. doi:10.1037/0022-3514.92.4.631
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2008). Warmth and competence as universal dimensions of social perception: The stereotype content model and the BIAS map. In M. P. Zanna, & M. P. Zanna (Ed) (Eds.), (pp. 61-149). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/S0065-2601(07)00002-0
- Cummings, N. A., Cummings, J. L., & Johnson, J. N. (1997). *Behavioral health in primary care: A guide for clinical integration*. Psychosocial Press, Madison CT.

- Cuniberti, P., & Liuzzi, M. (2010). Psicologia di Cure Primarie. Un contributo alla salute di comunità attraverso nuove vie della pratica psicologica nel SSN. *PSICOLOGIA DELLA SALUTE*.
- Curcetti, C. (2008). Il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale : il programma Giuseppe Leggieri della Regione Emilia Romagna, intervento al convegno nella XII Conferenza Nazionale HPH (Ospedali per la Promozione della Salute), ottobre 2008, Milano.
- Currer C. & Stacey M. (1986). *Concepts of health, illness and disease: a comparative perspective*.
- Cusack, J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2006). Emotional expression, perceptions of therapy, and help-seeking intentions in men attending therapy services. *Psychology of Men & Masculinity*, 7(2), 69.
- Cutuli, D. (2014). Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: an overview on their modulatory effects and neural correlates. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 8.
- Dahlberg, K. M., Waern, M., & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample- Investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 8(1), 8.
- Dalsant, A., Truzzi, A., Setoh, P., & Esposito, G. (2015). Maternal bonding in childhood moderates autonomic responses to distress stimuli in adult males. *Behavioural brain research*, 292, 428-431.
- Daly, K. D., & Mallinckrodt, B. (2009). Experienced therapists' approach to psychotherapy for adults with attachment avoidance or attachment anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 549-563.
- Daniel, S. I. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 968-984.
- De Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Mazzi, F., Serra, G., Visonà, G., ... & Reda, V. (2005). La prevalenza dei disturbi mentali in italia. Il progetto ESEMED-WMH. Una sintesi. *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Roma, Italia*.

- De Graaf, R., Ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(2), 203-213.
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2006). The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive behaviors*, 31(7), 1265-1270.
- Deane, F. P., & Chamberlain, K. (1994). Treatment fearfulness and distress as predictors of professional psychological help-seeking. *British Journal of Guidance and Counselling*, 22(2), 207-217.
- Deane, F. P., & Todd, D. M. (1996). Attitudes and intentions to seek professional psychological help for personal problems or suicidal thinking. *Journal of College Student Psychotherapy*, 10(4), 45-59.
- Denham, S. A., & Grout, L. (1993). Socialization of emotion: Pathway to preschoolers' emotional and social competence. *Journal of Nonverbal Behavior*, 17(3), 205-227.
- Derksen, J. (2009). Primary care psychologists in the netherlands: 30 years of experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 493-501. doi:10.1037/a0015743
- Derksen, J. J. (1986). Clinical psychologists in the primary health care system in the Netherlands. *American psychologist*, 41(3), 313.
- Derksen, J. J. L. (2004). Psychologische diagnostiek: Enkele structurele en descriptieve aspecten [Psychological diagnosis: Some structural and descriptive aspects]. Nijmegen, the Netherlands: PEN Tests.
- Dew, M. A., Bromet, E. J., Schulberg, H. C., Parkinson, D. K., & Curtis, E. C. (1991). Factors affecting service utilization for depression in a white collar population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 26(5), 230-237.
- Diala, C., Muntaner, C., Walrath, C., Nickerson, K. J., LaVeist, T. A., & Leaf, P. J. (2000). Racial differences in attitudes toward professional mental health care and in the use of services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(4), 455.

- Diamond, L. M. (2001). Contributions of psychophysiology to research on adult attachment: Review and recommendations. *Personality and Social Psychology Review*, 5(4), 276-295.
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy*, Vol 48(3), 237-248.
- Dietrich, S., Mergl, R., Freudenberg, P., Althaus, D., & Hegerl, U. (2009). Impact of a campaign on the public's attitudes towards depression. *Health education research*, 25(1), 135-150.
- DoH (2003), *Fast-forwarding primary care mental health*, Department of Health, London, Crown Copyright.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2(01), 47-60.
- Dozier, M., & Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child development*, 63(6), 1473-1480.
- Dubow, E. F., Lovko Jr, K. R., & Kausch, D. F. (1990). Demographic differences in adolescents' health concerns and perceptions of helping agents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(1), 44-54.
- Edwards, T. M., Stern, A., Clarke, D. D., Ivbijaro, G., & Kasney, L. M. (2010). The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Mental Health in Family Medicine*, 7(4), 209.
- Eisenberg-Berg, N., & Mussen, P. (1978). Empathy and moral development in adolescence. *Developmental Psychology*, 14(2), 185.
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522-541.
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical care*, 45(7), 594-601.
- Elhers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Deale, A., Collins, R. (2014), "A randomized controlled trial of intensive and weekly cognitive therapy versus

- emotion focused supportive therapy”, *American Journal of Psychiatry* (forthcoming) in Layard R., Clark D. (2014), *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies*, Allen Lane Penguin Books, London, England
- Elliott, K. P., Westmacott, R., Hunsley, J., Rumstein-McKean, O., & Best, M. (2015). The process of seeking psychotherapy and its impact on therapy expectations and experiences. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(5), 399-408.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Falanga, R. & Pillot, L. (2014) Un percorso sperimentale di interazione tra Mmg e psicologo.
- Fall, K. A., Levitov, J. E., Jennings, M., & Eberts, S. (2000). The public perception of mental health professions: An empirical examination. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(2), 122-134.
- Farberman, R. K. (1997). Public attitudes about psychologists and mental health care: Research to guide the American Psychological Association public education campaign. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(2), 128.
- Farrand P, Perry J, Lee C, Parker M (2006). Adolescents’ preference towards self help: Implications for service development. *Primary Care & Community Psychiatry*, 11(2):73- 79.
- Feeney, J. A., & Noller, P. (1996). *Adult attachment* (Vol. 14). Sage Publications.
- Felaco., R. (2011). Verso la fondazione dello psicologo di base. Intervista al Prof. Mario Bertini. *La professione di psicologo*, n.01/2011, 7-10.
- Fenton, S., & Sadiq, A. (1993). *Sixteen Asian Women Speak about Depression*. Commission for Racial Equality.
- Ferguson, C. J. (2015). 'Everybody knows psychology is not a real science': Public perceptions of psychology and how we can improve our relationship with policymakers, the scientific community, and the general public. *American Psychologist*, 70(6), 527-542. doi:10.1037/a0039405
- Fink, P., Rosendal, M., Olsen, F. (2005). Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care, in “*Australian and New Zealand Journal Of Psychiatry*”, n. 39, pp. 772-781.

- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development, 36*(4), 368-373.
- Fischer, E. H., & Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*(1), 79-90. doi:10.1037/h0029636
- Fisher, J. D., Nadler, A., & Whitcher-Alagna, S. (1982). Recipient reactions to aid. *Psychological Bulletin, 91*(1), 27-54. doi:10.1037/0033-2909.91.1.27
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., & Glick, P. (2007). Universal dimensions of social cognition: Warmth and competence. *Trends in Cognitive Sciences, 11*(2), 77-83. doi:10.1016/j.tics.2006.11.005
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(6), 878-902. doi:10.1037/0022-3514.82.6.878
- Florian, V., Mikulincer, M., & Bucholtz, I. (1995). Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *The Journal of psychology, 129*(6), 665-676.
- Fonagy, P. (2001), *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Fondazione Istud, Dialogo mente-corpo/corpo-mente: esiti di salute e prospettive di sostenibilità, Programma Scienziati in Azienda - XII Edizione Stresa, 26 settembre 2011 – 27 luglio 2012, a cura di Gianfelice Alicino, Angela Convertino, Gaetana Damore, Maria Carolina de Ceglie, Marina Mangiulli, Angela Stabile, Valeria Volpe.
- Forrest, C.B., Starfield, B. (1998). Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health, 88*(9):1330–1336.
- Fraley , R. C. , Waller , N. G. , & Brennan , K. A. (2000) An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78* , 350 - 365 .
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment and the *suppression* of unwanted thoughts. *Journal of personality and social psychology, 73*(5), 1080-1091.

- Freidson, E. (1961). The organization of medical practice and patient behavior. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 51(1), 43-52.
- Frijda, N. H., Kuipers, P., & ter Schure, E. (1989). Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 212-228. doi:10.1037/0022-3514.57.2.212
- Fuller, M., Myers, M., Webb, T., Tabangin, M., & Prows, C. (2010). Primary care providers' responses to patient-generated family history. *Journal of genetic counseling*, 19(1), 84-96.
- Gabbard, K., & Gabbard, G. O. (1989). *Psychiatry and the cinema*. Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
- Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of advanced nursing*, 49(6), 616-623.
- Garrison, A. M., Kahn, J. H., Miller, S. A., & Sauer, E. M. (2014). Emotional avoidance and rumination as mediators of the relation between adult attachment and emotional disclosure. *Personality and Individual Differences*, 70, 239-245.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1987). The adult attachment interview. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.
- Glover, G., Webb, M. & Evison, F. (2010). Improving Access to Psychological Therapies: A Review of Progress Made by Sites in the First Roll-Out Year. Stockton on Tees: North East Public Health Observatory. Available at www.iapt.nhs.uk.
- Goffman, Ervin (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Prentice-Hall
- Goldberg, D. P., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. Tavistock/Routledge.
- Goldberg, S. (1992). Recent developments in attachment theory and research. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development* 1992, 88-105.
- Goldstein, A. P. (1962). Participant expectancies in psychotherapy. *Psychiatry*, 25(1), 72-79.

- Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H., & Hall, G. C. N. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *American Psychologist*, 63(1), 14.
- Gomille, B. (2001): Kapitel 8: Unsicher-präokkupierte mentale Bindungsmodell [Insecure Preoccupied Mental Model of Attachment]. In: *Gloger-Tippelt, G. (Ed.): Bindung im Erwachsenenalter [Attachment in Adulthood] (pp. 201-225)*. Verlag Hans Huber: Bern.
- Gong, F., Gage, S. J. L., & Tacata, L. A. (2003). Helpseeking behavior among Filipino Americans: A cultural analysis of face and language. *Journal of Community psychology*, 31(5), 469-488.
- Gonzalez, J. M., Alegria, M., & Prihoda, T. J. (2005). How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults?. *Journal of Community Psychology*, 33(5), 611-629.
- Goodrich, D. E., Kilbourne, A. M., Nord, K. M., & Bauer, M. S. (2013). Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Current psychiatry reports*, 15(8), 383.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of clinical psychology*, 62(5), 611-630.
- Greenson, R. R. (1987). *The technique and practice of psychoanalysis*. Madison, WI: International University Press
- Gregg, J., & Curry, R. H. (1994). Explanatory models for cancer among African-American women at two Atlanta neighborhood health centers: the implications for a cancer screening program. *Social science & medicine*, 39(4), 519-526.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 67(3), 430- 445.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.

- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(2), 151-164.
- Gross, J.J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J.J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions In Psychological Science*, 10, 214-219.
- Grossi, E., Groth, N., Mosconi, P., Cerutti, R., Pace, F., Compare, A., & Apolone, G. (2006). Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S). *Health and quality of life outcomes*, 4(1), 88.
- Guest, L. (1948). The public's attitudes toward psychologists. *American Psychologist*, 3(4), 135-139. doi:10.1037/h0057512
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10 doi:10.1186/1471-244X-10-113
- Gunn, W. B., & Blount, A. (2009). Primary care mental health: a new frontier for psychology. *Journal of clinical psychology*, 65(3), 235-252.
- Gyani, A., Shafran, R., Layard, R., & Clark, D. M. (2013). Enhancing recovery rates: lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 597-606.
- Haga, S. M., Kraft, P., & Corby, E. K. (2009). Emotion regulation: Antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *Journal of Happiness Studies*, 10(3), 271-291.
- Hahm, H.C., Speliotis, A.E., Bachman, S.S. (2008). Failure to receive health care among people with mental illness: Theory and implications. *J Soc Work Disabil Rehabil*, 7(2):94-114.
- Harris, S. M., Dersch, C. A., & Mittal, M. (1999). Look who's talking: Measuring self-disclosure in MFT. *Contemporary Family Therapy*, 21(3), 405-415.
- Hartwig, S., G., & Delin, C. (2003). How unpopular are we? Reassessing psychologists' public image with different measures of favourability. *Australian Psychologist*, 38, 68-72.

- Hatfield, A. B. (1999). Barriers to serving older adults with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 270.
- Hegerl, U., & Wittenburg, L. (2009). Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behavior. *Psychiatric Services*, 60(5), 596-599.
- Heilbrun, A. B. J. (1970). Toward resolution of the dependency-premature termination paradox for females in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(3), 382-386. doi:10.1037/h0029350
- Hemmings, A. (2000) Counselling in primary care: a review of the practice evidence, in British Journal of Guidance & Counselling, n.28.
- Henley, N. (1977). *Body politics: Power, sex and nonverbal communication*. Englewood Cliffs, KJ: Prentice Hall.
- Heppner, P. P., & Krauskopf, C. J. (1987). An information-processing approach to personal problem solving. *The Counseling Psychologist*, 15(3), 371-447.
- Hexel, M. (2003). Alexithymia and attachment style in relation to locus of control. *Personality and Individual Differences*, 35(6), 1261-1270.
- Hickie, I. (2004). Can we reduce the burden of depression? The Australian experience with beyondblue: the national depression initiative. *Australasian Psychiatry*, 12(sup1), s38-s46.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M. C., & Denman, D. W. (1993). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology*, 40(3), 278.
- Hinson, J. A., & Swanson, J. L. (1993). Willingness to seek help as a function of self-disclosure and problem severity. *Journal of Counseling and Development*, 71, 465-470.
- Horwitz, A. (1977). The pathways into psychiatric treatment: Some differences between men and women. *Journal of Health and Social Behavior*, 169-178.
- Hoschschild A.R. (1979), *Lavoro emozionale e struttura sociale*, Armando, Roma, 2013.
- Hunsley J., AuBry t.D., vestervelt C.m., vito D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy*, 4, 380-388.

- IAPT 3 Year Report - The first million patients. November 2012 disponibile sul sito <http://www.iapt.nhs.uk/news/iapt-3-year-report-the-first-million-patients-november-2012/>, settembre 2014
- Ivbijaro, G., & Funk, M. (2008). No mental health without primary care. *Mental health in family medicine*, 5(3), 127.
- Jagdeo, A., Cox, B. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). Negative Attitudes toward Help Seeking for Mental Illness in 2 Population-Based Surveys from the United States and Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(11), 757-766.
- Jasper, K. (1913). Allgemeine psychopathologie. Spring: Berlin, trad. it. *Psicopatologia generale*. (1964). Il pensiero scientifico: Roma.
- Jauregui, A., Ponte, J., Salgueiro, M., Unanue, S., Donaire, C., Gómez, M. C., ... & Grandes, G. (2015). Efficacy of a cognitive and behavioural psychotherapy applied by primary care psychologists in patients with mixed anxiety-depressive disorder: a research protocol. *BMC family practice*, 16(1), 39.
- Jennings, K. S., Cheung, J. H., Britt, T. W., Goguen, K. N., Jeffirs, S. M., Peasley, A. L., & Lee, A. C. (2015). How are perceived stigma, self-stigma, and self-reliance related to treatment-seeking? A three-path model. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(2), 109.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality*, 72(6), 1301-1334.
- Johnson, J. L., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Galdas, P., & Ogrodniczuk, J. S. (2012). Men's discourses of help-seeking in the context of depression. *Sociology of Health & Illness*, 34(3), 345-361.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231.

- Jorm, A. F., Blewitt, K. A., Griffiths, K. M., Kitchener, B. A., & Parslow, R. A. (2005). Mental health first aid responses of the public: results from an Australian national survey. *BMC psychiatry*, 5(1), 9.
- Jorm, A., F., Korten, A., E., Jacomb, P., A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182–186.
- Jourard, S. M. (1964). The transpersonal self. New York: Van Nostrand. Kelly, A. E. (1998). Client secret keeping in outpatient therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 50–57.
- Kakhnovets, R. (2011). Relationships among personality, expectations about counseling, and help-seeking attitudes. *Journal of Counseling & Development*, 89(1), 11-19. Katon, W. (1985). Somatization in primary care. *Journal of Family Practice*, 21, 257- 258.
- Kealy, D., Tsai, M., & Ogrodniczuk, J. S. (2016). Attachment style and readiness for psychotherapy among psychiatric outpatients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1-6.
- Kelly, A. E. (1998). Clients' secret keeping in outpatient therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 45(1), 50.
- Kelly, A. E., & Achter, J. A. (1995). Self-concealment and attitudes toward counseling in university students. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 40-46. doi:10.1037/0022-0167.42.1.40
- Kermode, M., Bowen, K., Arole, S., Joag, K., & Jorm, A. F. (2009). Community beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Public health*, 123(7), 476-483.
- Kessler, D., Lloyd, K., Lewis, G., & Gray, D. (1999). Cross sectional study of the symptom attribution and recognition of depression anxiety in primary care. *British Medical Journal*, 318, 436–440.
- Kessler, R. C. (1979). Stress, social status, and psychological distress. *Journal of Health and Social behavior*, 259-272.

- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E., (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders I: Educational attainment. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1026-1032. doi:10.1176/ajp.152.7.1026
- Kim PY, Thomas JL, Wilk JE, Castro CA, Hoge CW: Stigma, barriers to care, and use of mental health services among active duty and National Guard soldiers after combat. *Psychiatr Serv* 2010, 61(6):582–588.
- Kim, B. S. K., & Omizo, M. M. (2003). Asian Cultural Values, Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help, and Willingness to See a Counselor. *The Counseling Psychologist*, 31(3), 343-361
- Kim, B. S., & Omizo, M. M. (2003). Asian cultural values, attitudes toward seeking professional psychological help, and willingness to see a counselor. *The Counseling Psychologist*, 31(3), 343-361.
- King, P. T., Newton, F., Osterlund, B., & Baber, B. (1973). A counseling center studies itself. *Journal of College Student Personnel*.
- Klineberg, E., Biddle, L., Donovan, J., & Gunnell, D. (2011). Symptom recognition and help seeking for depression in young adults: a vignette study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(6), 495-505.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child development*, 135-146.
- Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S., & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child development*, 231-245.

- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of counseling psychology*, 47(1), 138.
- Koydemir, S., Erel, Ö., Yumurtacı, D., & Şahin, G. N. (2010). Psychological help-seeking attitudes and barriers to help-seeking in young people in Turkey. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 32(4), 274-289.
- Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1989). Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(4), 251.
- Laloyaux, J., Fantini, C., Lemaire, M., Luminet, O., & Larøi, F. (2015). Evidence of contrasting patterns for *suppression* and *reappraisal* emotion regulation strategies in alexithymia. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(9), 709-717.
- Landrine, H., & Klonoff, E. A. (1994). Cultural diversity in causal attributions for illness: The role of the supernatural. *Journal of behavioral medicine*, 17(2), 181-193.
- Lane, J. M., & Addis, M. E. (2005). Male gender role conflict and patterns of help seeking in Costa Rica and the United States. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(3), 155.
- Láng, A. (2010). Attachment and emotion regulation—clinical implications of a non-clinical sample study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 674-678.
- Layard R., Clark D. (2014), *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies*, Allen Lane Penguin Books, London, England
- Layard R., Clark D. (2014), *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies*, Allen Lane Penguin Books, London, England
- Layard, R., Clark, D., Bell, S., Knapp, M., Meacher, B., Priebe, S., Turn- berg, L., Thornicroft, G., Wright, B. (2006). The depression report; A new deal for depression and anxiety disorders. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, LSE
- Layard, R., Clark, D.M., Knapp, M. & Mayraz, G. (2007). Cost benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202, 90 – 98.
- Layard, Richard (2005) “Mental health: Britain’s biggest social problem?”. in: Paper presented at the No.10 Strategy Unit Seminar on Mental Health, 20th January 2005, London, UK

- Leaf, P. J., Bruce, M. L., Tischler, G. L., & Holzer, C. E. (1987). The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *Journal of Community Psychology*, 15, 275–284.
- Lebowitz, B. D., & Niederehe, G. (1992). Concepts and issues in mental health and aging. In J. E. Birren, R. B. Sloane, & G. D. Choen (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (2nd ed., pp. 11-26). San Diego, CA: Academic Press.
- Lee, S., Lee, M. T., Chiu, M. Y., & Kleinman, A. (2005). Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *The British Journal of Psychiatry*, 186(2), 153-157.
- Lee, F. (1999). Verbal strategies for seeking help in organizations. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(7), 1472-1496.
- Lefley, H. P. (1992). Stigmatization of mentally ill persons is a well-recognized cultural. *Stigma and mental illness*, 127-138.
- Lega, A., & Gigantesco, A. (2008). Disturbi mentali comuni in Italia: il progetto EPREMED e lo studio ESEMeD [Common mental disorders in Italy: the EPREMED project and the ESEMeD study]. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 21, 11-15.
- Leong, F. T. L. (1986). Counseling and psychotherapy with Asian-Americans: A review of the literature. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 196–206.
- Levant, R. F. (1998). *Desperately seeking language: Understanding, assessing, and treating normative male alexithymia*. John Wiley & Sons Inc.
- Levin, J., Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (2005). Religion, health and medicine in african americans: Implications for physicians. *Journal of the National Medical Association*, 97(2), 237-249.
- Lilienfeld, S. O. (2012). Public skepticism of psychology: Why many people perceive the study of human behavior as unscientific. *American Psychologist*, 67(2), 111-129. doi:10.1037/a0023963
- Lin, Y. (2002). Taiwanese university students' conceptions of counseling. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31, 199–211.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

- Littlewood, R., & Lipsedge, M. (1977). Acute Psychotic Reactions in Immigrants. *The Psychiatrist*, 1(5), 5-6.
- Liuzzi, M. (2016). La Psicologia nelle cure primarie. Clinica, modelli di intervento e buone pratiche. Bologna: Il Mulino.
- Logan, D. E., & King, C. A. (2001). Parental facilitation of adolescent mental health service utilization: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 319-333.
- Lopez, F. G., & Brennan, K. A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 283.
- Ludwikowski, W., Vogel, D., & Armstrong, P. I. (2009). Attitudes toward career counseling: The role of public and self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 408.
- Lussetti, M., De Lillai, R., Mandrucci, M., Taranto, L., Paradisi, G., Scotto R. & Cardamone G. (2011), Il trattamento dei Disturbi Mentali Comuni (DMC): una nuova rivoluzione?
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2007). Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *International journal of health services*, 37(1), 111-126.
- Mackenzie, C. S., Erickson, J., Deane, F. P. & Wright, M. (2014). Changes in attitudes toward seeking mental health services: A 40-year cross-temporal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34 (2), 99-106.
- Mackenzie, C. S., Pagura, J., & Sareen, J. (2010). Correlates of perceived need for and use of mental health services by older adults in the collaborative psychiatric epidemiology surveys. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1103-1115.
- Magill, M. K., & Garrett, R. W. (1988). Behavioral and psychiatric problems. In *Family medicine* (pp. 534-562). Springer New York.
- Mahalik, J. R., Good, G. E., & Englar-Carlson, M. (2003). Masculinity scripts, presenting concerns, and help seeking: Implications for practice and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2), 123.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1985). Adult attachment interview. *Growing points of attachment theory. Monographs of the Society for Research in Child Development*.

- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention, 1*, 121-160.
- Marcus, R.F. (1996). The friendships of delinquents. *Adolescence*, 31, 145-158.
- Martin, G. (2002). The prevention of suicide through lifetime mental health promotion: Healthy, happy young people don't suicide, do they? In L. Rowling, G. Martin & L. Walker (Eds). *Mental Health Promotion and Young People: Concepts and Practice*. McGraw-Hill, Sydney.
- Martin, S. B., Wrisberg, C. A., Beitel, P. A., & Lounsbury, J. (1997). NCAA Division I athletes' attitudes toward seeking sport psychology consultation: The development of an objective instrument. *Sport Psychologist*, 11, 201-218.
- Mattis, J. S., Mitchell, N., Zapata, A., Grayman, N. A., Taylor, R. J., Chatters, L. M., & Neighbors, H. W. (2007). Uses of ministerial support by african americans: A focus group study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 249-258. doi:10.1037/0002-9432.77.2.249
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Nolan, R. P., Hunter, J. J., & Tannenbaum, D. W. (2006). The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *Journal of psychosomatic research*, 60(3), 283-290.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.
- McDaniel, S. H., & deGruy III, F. V. (2014). An introduction to primary care and psychology. *American Psychologist*, 69(4), 325.
- McDaniel, S. H., & deGruy, F. V. I.,II. (2014). An introduction to primary care and psychology. *American Psychologist*, 69(4), 325-331. doi:10.1037/a0036222
- McDaniel, S. H., Doherty, W. J., & Hepworth, J. (2014). *Medical family therapy and integrated care., 2nd ed.* Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14256-000
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., Hunter, C. L., Kearney, L. K., Schuman, C. C., . . . Johnson, S. B. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*, 69(4), 409-429. doi:10.1037/a0036072

- McDaniel, S.H., Hargrove, D.S., Belar, C.D., Schroeder C.S. & Freeman, E.L. (2004). Recommendations for education and training in primary care psychology.
- McGuire, J. M., Borowy, T., & Kolin, I. (1986). Attitudes toward mental health professionals in a hospital-based community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 22(1), 39-48. doi:10.1007/BF00752881
- McKenna, P., & Todd, D. (1997). Longitudinal utilization of mental health services: A timeline method, nine retrospective accounts, and a preliminary conceptualization. *Psychotherapy Research*, 7(4), 383-395.
- Mechanic, D. (1976). Sex, illness, illness behavior, and the use of health services. *Journal of Human Stress*, 2(4), 29-40.
- Meins, E., Harris-Waller, J., & Lloyd, A. (2008). Understanding alexithymia: Associations with peer attachment style and mind-mindedness. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 146-152.
- Merini, A. (2005). Maria: poesie, racconti, pensieri. G. D'Ambrosio Angelillo.
- Miglioretti M., Romano D. (2008). La domanda di psicologia in Italia. In G. Ponzio (a cura di) La psicologia e il mercato del lavoro: una professione destinata al precariato? Milano: Franco Angeli.
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., Carter R. (2011). The economic analysis of prevention in mental health programs. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 169- 201.
- Mikula, G., Scherer, K. R., & Athenstaedt, U. (1998). The role of injustice in the elicitation of differential emotional reactions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(7), 769-783. doi:10.1177/0146167298247009
- Mikulincer, M. (1998). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of personality and social psychology*, 74(5), 1209.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. *Attachment theory and close relationships (pp. 143-165)*. New York, NY, US: Guilford Press, x, 438 pp.

- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: the accessibility and architecture of affective memories. *Journal of personality and social psychology*, 68(5), 917-925.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), 77-102.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), 77-102.
- Miller, B.F, Bridget, T., Phillips, R., Petterson, S., Bazemore, A. (2011). The importance of time in treating mental health in primary care, in "Families, Systems & Health", vol. 29, n.2, pp. 144-145.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological bulletin*, 98(1), 84.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., ... & Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 41(8), 1751-1761.
- Molinari, E., Pagnini, F., Catelnuovo, G., Lozza, E., Bosio, A., C. (2014). Nuove frontiere per la psicologia clinica: lo psicologo in farmacia. *Giornale Italiano di Psicologia*, a. XLI, n.1.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of affective disorders*, 71(1), 1-9.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 499-507.

- Morgan, T., Ness, D., & Robinson, M. (2003). Students' help-seeking behaviours by gender, racial background, and student status. *Canadian Journal of Counselling, 37*(2), 151.
- Morriss, R., Gask, L., Dowrick, C., Dunn, G., Peters, S., Ring, A., ... & Salmon, P. (2010). Randomized trial of reattribution on psychosocial talk between doctors and patients with medically unexplained symptoms. *Psychological medicine, 40*(2), 325-333.
- Mumford, E., Schlesinger, H. J., Glass, G. V., Patrick, C., & Cuerdon, T. (1984). A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *The American Journal of Psychiatry.*
- Mumford, E., Schlesinger, H. J., Glass, G. V., Patrick, C., & Cuerdon, T. (1984). A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *The American Journal of Psychiatry.*
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The lancet, 349*(9063), 1436-1442.
- Murray, C., Lopez, A. (1997). Global mortality, disability and the contribution of risk factors : global burden of disease study, in "The Lancet", Issue 9063, n.349, pp. 1436 – 1442.
- Murstein, B. I., & Fontaine, P. A. (1993). The public's knowledge about psychologists and other mental health professionals. *American Psychologist, 48*(7), 839-845. doi:10.1037/0003-066X.48.7.839
- Nadeem, E., Lange, J. M., Edge, D., Fongwa, M., Belin, T., & Miranda, J. (2007). Does stigma keep poor young immigrant and US-born black and Latina women from seeking mental health care?. *Psychiatric Services, 58*(12), 1547-1554.
- Nadler, A. (1991). Help-seeking behavior: Psychological costs and instrumental benefits. In M. S. Clark (Ed.), *Prosocial behavior. Review of personality and social psychology* (Vol. 12, pp. 290–311). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Narikiyo, T. A., & Kameoka, V. A. (1992). Attributions of mental illness and judgments about help seeking among Japanese-American and White American students. *Journal of Counseling Psychology, 39*(3), 363.

- Neighbors, H. W., Musick, M. A., & Williams, D. R. (1998). The african american minister as a source of help for serious personal crises: Bridge or barrier to mental health care? *Health Education & Behavior, 25*(6), 759-777. doi:10.1177/109019819802500606
- Nezlek, J. B., & Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of personality, 76*(3), 561-580.
- Nutt, D., & Goodwin, G. (2011). ECNP Summit on the future of CNS drug research in Europe 2011: report prepared for ECNP by David Nutt and Guy Goodwin. *European Neuropsychopharmacology, 21*(7), 495-499.
- O'Brien, R., Hunt, K., & Hart, G. (2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Social science & medicine, 61*(3), 503-516.
- Offer, D., Howard, K.I., Schonert, K.A. & Ostrov, E.J.D. (1991). To whom do adolescents turn for help? Differences between disturbed and nondisturbed adolescents. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 623- 630.
- Olesen, J., & Leonardi, M. (2003). The burden of brain diseases in Europe. *European Journal of Neurology, 10*(5), 471-477.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European journal of neurology, 19*(1), 155-162.
- Oppenheimer, K. C., & Miller, M. D. (1988). Stereotypic views of medical educators toward students with a history of psychological counseling. *Journal of Counseling Psychology, 35*(3), 311.
- Ortega, A. N., & Alegria, M. (2002). Self-reliance, mental health need, and the use of mental healthcare among island Puerto Ricans. *Mental health services research, 4*(3), 131-140.
- Oskis, A., Clow, A., Hucklebridge, F., Bifulco, A., Jacobs, C., & Loveday, C. (2013). Understanding alexithymia in female adolescents: the role of attachment style. *Personality and Individual Differences, 54*(1), 97-102.
- Østby-deglum, I., & Dahl, A. A. (2004). Is consultation at the psychiatric outpatient clinic a useful service for patients and their doctors?. *Nordic journal of psychiatry, 58*(6), 447-453.

- Owen, J., Thomas, L., & Rodolfa, E. (2013). Stigma for seeking therapy self-stigma, social stigma, and therapeutic processes. *The Counseling Psychologist*, 41(6), 857-880.
- Parish, C. (2011). New mental health strategy focuses on early intervention and prevention. *Nursing Management*, 17 (10), 7.
- Pedersen, E. R., & Paves, A. P. (2014). Comparing perceived public stigma and personal stigma of mental health treatment seeking in a young adult sample. *Psychiatry research*, 219(1), 143-150.
- Pescosolido, B. A., & Boyer, C. A. (1999). How do people come to use mental health services? current knowledge and changing perspectives. *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321-1330.
- Phenninx, B. (The NESDA Consortium). (2008). The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods. "Int.. J. Methods Psychiatr. Res.", n.17(3), pp. 121-140.
- Picardi, A., Toni, A., & Caroppo, E. (2005). Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(6), 371-378.
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of general psychology*, 4(2), 155-175.
- Plutchik, R. (1980). "Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis." New York, Harper
- Porcelli, P. (2008) Lo stato dell'arte della ricerca sull'alexithymia. *V Congresso Nazionale GRP*, Foligno 10-11 ottobre.
- Porcelli, P., & Todarello, O. (2005). Il gruppo di Toronto e la ricerca sull'alessitimia. V. Caretti & D. La Barbera (a cura di). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio Editore.

- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370 (9590), 859-877.
- Prins, M. A., Verhaak, P.F.M., Dineke, S., Verheij, A. (2014). Healthcare utilization in general practice before and after psychological treatment: A follow-up data linkage study in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32, 117–123.
- Pryor, J. B., & Reeder, G. D. (2011). HIV-related stigma. In J. C. Hall, B. J. Hall & C. J. Cokerell (Eds.), *HIV/AIDS in the Post-HAART Era: manifestations, treatment, and Epidemiology* (pp. 790–806). Shelton, CT: PMPH-USA.
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2013). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour research and therapy*, 51(1), 37-45.
- Rahman, A., Mubbashar, M. H., Gater, R., & Goldberg, D. (1998). Randomised trial of impact of school mental-health programme in rural Rawalpindi, Pakistan. *The Lancet*, 352(9133), 1022-1025.
- Raleigh, V. S. (1996). Suicide patterns and trends in people of Indian subcontinent and Caribbean origin in England and Wales. *Ethnicity & health*, 1(1), 55-63.
- Raphael, B. (1986). *When Disaster Strikes: How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. Basic Books, New York.
- Regione Veneto. D.G.R. 27 maggio 2014 n. 716. ad oggetto: Compresenza della figura dello "Psicologo di base" nell'ambito dell'organizzazione territoriale regionale a supporto dei Medici di Assistenza primaria. Avvio della sperimentazione.
- Regione Veneto. D.G.R. 28 settembre 2015 n. 1248. Proroga del progetto avviato con DGR n. 716 del 27/05/2014 ad oggetto: Compresenza della figura dello "Psicologo di base" nell'ambito dell'organizzazione territoriale regionale a supporto dei Medici di Assistenza primaria. Avvio della sperimentazione.
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(2), 231-239.

- Richards, J. M. (2004). The cognitive consequences of concealing feelings. *Current Directions in psychological science*, 13(4), 131-134.
- Rickwood D., Deane F. P., Wilson C. J. and Ciarrochi J. (2005) Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, 4, 1-34.
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 39, 563–572.
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*, 187 (7 Suppl):S35-39.
- Root, M., P. (1985). Guidelines for facilitating therapy with Asian American clients. *Psychotherapy*, 22, 349–356.
- Roseman, I. J., Wiest, C., & Swartz, T. S. (1994). Phenomenology, behaviors, and goals differentiate discrete emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 206-221. doi:10.1037/0022-3514.67.2.206
- Rowan, K., McAlpine, D. D., & Blewett, L. A. (2013). Access and cost barriers to mental health care, by insurance status, 1999–2010. *Health affairs*, 32(10), 1723-1730.
- Rozanski, A., & Kubzansky, L. D. (2005). Psychologic functioning and physical health: a paradigm of flexibility. *Psychosomatic medicine*, 67, S47-S53.
- Rozin, P., Lowery, L., Imada, S., & Haidt, J. (1999). The CAD triad hypothesis: A mapping between three moral emotions (contempt, anger, disgust) and three moral codes (community, autonomy, divinity). *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(4), 574-586. doi:10.1037/0022-3514.76.4.574
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Sarbornie, E.,J. & Kauffman, J.,M. (1985). Regular classroom sociometric status of behaviourally disordered adolescents. *Behavioural Disorders*, 12, 268-274.
- Sarbornie, E.J. & Kauffman, J.M. (1985). Regular classroom sociometric status of behaviourally disordered adolescents. *Behavioural Disorders*, 12, 268-274.

- Sareen, J., Cox, B. J., Stein, M. B., Afifi, T. O., Fleet, C., & Asmundson, G. J. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic medicine*, 69(3), 242-248.
- Saunders, S. M. (1993). Applicants' experience of the process of seeking therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(4), 554.
- Saxena S., Thornicroft G., Knapp M., Whiteford H. (2007). Resources for mental health: Scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*, 370 (9590), 878-889
- Scabini, E., & Iafrate, R. (2003). *Psicologia dei legami familiari*. Milano, Il mulino.
- Schaffer, C. E. (1993). The role of adult attachment in the experience and regulation of affect. Yale University. Doctoral dissertation, Yale University.
- Schindler, F., Berren, M. R., Hannah, M. T., Beigel, A., & Santiago, J. M. (1987). How the public perceives psychiatrists, psychologists, nonpsychiatric physicians, and members of the clergy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(4), 371-376. doi:10.1037/0735-7028.18.4.371
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & human development*, 2(1), 23-47.
- Seligman, M., E., P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shaffer, P. A., Vogel, D. L., & Wei, M. (2006). The mediating roles of anticipated risks, anticipated benefits, and attitudes on the decision to seek professional help: An attachment perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 442.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & human development*, 4(2), 133-161.
- Shaw, J., Creed, F. (1991). "The cost of somatization", *Journal of psychosomatic research*, 35, 307 – 12.
- Shea, M., & Yeh, C. (2008). Asian American students' cultural values, stigma, and relational self-construal: Correlates of attitudes toward professional help seeking. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(2), 157-172.

- Shechtman, Z., Vogel, D., & Maman, N. (2010). Seeking psychological help: A comparison of individual and group treatment. *Psychotherapy Research*, 20(1), 30-36.
- Sibicky, M., & Dovidio, J. F. (1986). Stigma of psychological therapy: Stereotypes, interpersonal reactions, and the self-fulfilling prophecy. *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 148.
- Simonelli, A., & Calvo, V. (2002). *L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione*. Carocci.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 479-481.
- Smolak, A., Gearing, R. E., Alonzo, D., Baldwin, S., Harmon, S., & McHugh, K. (2013). Social support and religion: mental health service use and treatment of schizophrenia. *Community mental health journal*, 49(4), 444-450.
- Soheilian, S. S., & Inman, A. G. (2009). Middle Eastern Americans: The effects of stigma on attitudes toward counseling. *Journal of Muslim Mental Health*, 4(2), 139-158.
- Solano, L. (2001). Tra mente e corpo – come si costruisce la salute. Milano: Raffaello Cortina.
- Solano, L. (2011b). Offrire risposte dove emerge la domanda: Uno psicologo di base nello studio del medico di medicina generale. In *La professione di psicologo*, Giornale dell'ordine Nazionale degli psicologi, 11-14.
- Solano, L., a cura di. (2011a). Dal Sintomo alla Persona. Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base. Milano: FrancoAngeli.
- 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*.
- Solano, L., Fayella P. (2010). Una risposta possibile: medico e psicologo insieme nello studi, in Reposati F., Miraldi M., *Mente e corpo di fronte alla cura medica*, Montepulciano: Thesan e Turan, 9-16.
- Solano, L., Fayella, P. (2007). Medico e psicologo insieme in studio. *Occhio clinico*, 7, 20-22.
- Solomon, R. C. (1976). *The passions: Emotions and the meaning of life*. Hackett Publishing.

- Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K. M., John, O. P., & Gross, J. J. (2009). The social costs of emotional suppression: a prospective study of the transition to college. *Journal of personality and social psychology*, 96(4), 883.
- Steele, C. M., Spencer, S. J., & Aronson, J. (2002). Contending with group image: The psychology of stereotype and social identity threat. In M.P. Zanna (Ed) *Advances in experimental social psychology* (vol. 34 pp. 379-440). San Diego. CA: Academic.
- Steele, L., Dewa, C., & Lee, K. (2007). Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(3), 201.
- Stefl, M. E., & Prosperi, D. C. (1985). Barriers to mental health service utilization. *Community Mental Health Journal*, 21(3), 167-178.
- Stewart, B. J., Mikocka-Walus, A. A., Harley, H., & Andrews, J. M. (2012). Help-seeking and coping with the psychosocial burden of chronic hepatitis C: a qualitative study of patient, hepatologist, and counsellor perspectives. *International journal of nursing studies*, 49(5), 560-569.
- Stewart, R. E., Chambless, D. L., & Baron, J. (2012). Theoretical and practical barriers to practitioners' willingness to seek training in empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 8-23.
- Sue, D. W. (1994). Asian-American mental health and help-seeking behavior: Comment on Solberg et al.(1994), Tata and Leong (1994), and Lin (1994).
- Sue, D. W., Nadal, K. L., Capodilupo, C. M., Lin, A. I., Torino, G. C., & Rivera, D. P. (2008). Racial microaggressions against Black Americans: Implications for counseling. *Journal of Counseling & Development*, 86(3), 330-338.
- Sullivan, L., Camic, P. M., & Brown, J. S. (2015). Masculinity, alexithymia, and fear of intimacy as predictors of UK men's attitudes towards seeking professional psychological help. *British journal of health psychology*, 20(1), 194-211.
- Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *PLoS One*, 4(6), e5751.

- Szpak, M., & Bialecka-Pikul, M. (2015). Attachment and alexithymia are related, but mind-mindedness does not mediate this relationship. *Polish Psychological Bulletin*, 46(2), 217-222.
- Takeuchi, D. T., Leaf, P. J., & Kuo, H. S. (1988). Ethnic differences in the perception of barriers to help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23(4), 273-280.
- Tallent, N., & Reiss, W. J. (1959). The public's concepts of psychologists and psychiatrists: A problem in differentiation. *Journal of General Psychology*, 61, 281-285. doi:10.1080/00221309.1959.9710263
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(2), 68-77.
- Taylor, P., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). The role of attachment style, attachment to therapist and working alliance in response to psychological therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 240-253.
- Taylor, R. J., Ellison, C. G., Chatters, L. M., Levin, J. S., & Lincoln, K. D. (2000). Mental health services in faith communities: The role of clergy in black church. *Social Work*, 45(1), 73-87. doi:10.1093/sw/45.1.73
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of affective disorders*, 61(3), 201-216.
- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(10), 810-817.
- Thompson, P. W., Tee, L., McBride, J., Quincey, D., & Strat Liddiard, G. (2005). Long-term NSAID use in primary care: changes over a decade and NICE risk factors for gastrointestinal adverse events. *Rheumatology*, 44(10), 1308-1310.
- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(1), 14-19.
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International review of psychiatry*, 19(2), 113-122.
- Thumin, F. J., & Zebelman, M. (1967). Psychology versus psychiatry: A study of public image. *American Psychologist*, 22(4), 282-286. doi:10.1037/h0024478

- Tinsley, H. E., Brown, M. T., de St Aubin, T. M., & Lucek, J. (1984). Relationship between expectancies for a helping relationship and tendency to seek help from a campus help provider. *Journal of Counseling Psychology*, 31(2), 149.
- Todd D.m., DeAne F.p., BrAgDon r.A. (2003). Client and therapist reasons for termination: a conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 133-147.
- Tomlinson, S. M., & Cope, N. R. (1988). Characteristics of Black students seeking help at a university counseling center. *Journal of College Student Development*.
- Topkaya, N. (2014). Gender, Self-Stigma, and Public Stigma in Predicting Attitudes toward Psychological Help-Seeking. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 14(2), 480-487.
- Topkaya, N. (2015). Factors Influencing Psychological Help Seeking in Adults: A Qualitative Study. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 15(1), 21-31.
- Tracey, T.J., Sherry, P. & Keitel, M. (1986). Distress and help-seeking as a function of person-environment fit and self-efficacy: A causal model. *American Journal of Community Psychology*, 14(6), 657-676.
- Troisi, A., D'argenio, A., Peracchio, F., & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(5), 311-316.
- Troy, A. S., Shallcross, A. J., & Mauss, I. B. (2013). A person-by-situation approach to emotion regulation: Cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context. *Psychological science*, 24(12), 2505-2514.
- Truant, G. S. (1998). Assessment of suitability for psychotherapy: I. Introduction and the assessment process. *American journal of psychotherapy*, 52(4), 397.
- Truant, G. S. (1999). Assessment of suitability for psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 53(1), 17.
- Tucker, J. S., & Anders, S. L. (1998). Adult attachment style and nonverbal closeness in dating couples. *Journal of Nonverbal Behavior*, 22(2), 109-124.
- Tudiver, F., & Talbot, Y. (1999). Why don't men seek help? Family physicians' perspectives on help-seeking behavior in men. *Journal of Family practice*, 48(1), 47-48.

- Tylee, A., Gandhi, P. (2004). Somatic symptoms and general aches and pains in primary care: indicators for depression?. *Primary Care Mental Health*, n. 2, pp. 133-136.
- Uba, L. (1992). Cultural barriers to health care for southeast Asian refugees. *Public health reports*, 107(5), 544.
- Unterrichter, R., E. (2015). Lo psicologo per i cittadini. Teoria ed esperienze nel servizio di base. Roma: Carocci Editore.
- Üstün, T. B., & Sartorius, N. (Eds.). (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. John Wiley & Sons.
- Vaughn, L. M., Jacquez, F., & Bakar, R. C. (2009). Cultural health attributions, beliefs, and practices: Effects on healthcare and medical education. *The Open Medical Education Journal*, 2(1).
- Veroff, J. B. (1981). The dynamics of help-seeking in men and women: A national survey study. *Psychiatry*, 44(3), 189-200.
- 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), 99.
- Vogel, D. L., & Wei, M. (2005). Adult attachment and help-seeking intent: The mediating roles of psychological distress and perceived social support. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 347-357.
- Vogel, D. L., & Wester, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 351.
- Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 311.
- Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H., & Hubbard, A. (2011). "Boys don't cry": Examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 368.

- Vogel, D. L., Shechtman, Z., & Wade, N. G. (2010). The role of public and self-stigma in predicting attitudes toward group counseling. *The Counseling Psychologist*.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Ascheman, P. L. (2009). Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: Reliability and validity of a new stigma scale with college students. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 301.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006a). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40-50. doi:10.1037/0022-0167.54.1.40
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007a). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., & Larson, L. M. (2007b). Avoidance of counseling: Psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of Counseling & Development*, 85(4), 410-422.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Larson, L. M., & Wade, N. G. (2006). An information-processing model of the decision to seek professional help. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(4), 398-406. doi:10.1037/0735-7028.37.4.398
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Larson, L. M., & Wade, N. G. (2006b). An information-processing model of the decision to seek professional help. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(4), 398.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M., & Boysen, G. A. (2005). The Role of Outcome Expectations and Attitudes on Decisions to Seek Professional Help. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 459.
- Von Sydow, K., & Reimer, C. (1998). Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts: A meta-content analysis of 60 studies published between 1948 and 1995. *American journal of psychotherapy*, 52(4), 463.

- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 467.
- Wahl, O. F., & Harman, C. R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131.
- Wahl, O. F., & Harman, C. R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 131–139.
- Walker, B. B., & Collins, C. A. (2009). Developing an integrated primary care practice: strategies, techniques, and a case illustration. *Journal of Clinical Psychology*, 65(3), 268-280.
- Wang, J., Adair, C., Fick, G., Lai, D., Evans, B., Perry, B. W., ... & Addington, D. (2007). Depression literacy in Alberta: findings from a general population sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(7), 442-449.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... & Haro, J. M. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841-850.
- Wang, P. S., Berglund, P. A., & Kessler, R. C. (2003). Patterns and correlates of contacting clergy for mental disorders in the United States. *Health Services Research*, 38(2), 647–673.
- Ware Jr, J. E., Manning Jr, W. G., Wells, K. B., Duan, N., & Newhouse, J. P. (1984). Health status and the use of outpatient mental health services. *American psychologist*, 39(10), 1090.
- Warner, D. L., & Bradley, J. R. (1991). Undergraduate psychology students' views of counselors, psychiatrists, and psychologists: A challenge to academic psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(2), 138.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma, 35.
- Wearden, A. J., Lambertson, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of psychosomatic research*, 58(3), 279-288.
- Wearing, A. J. (1993). Marketing psychology and psychologists. *Bulletin of the*

- Webb, A. R., & Speer, J. R. (1985). The public image of psychologists. *American Psychologist*, 40(9), 1063-1064. doi:10.1037/0003-066X.40.9.1063.b
- Webb, A. R., & Speer, J. R. (1986). Prototype of a profession: Psychology's public image. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(1), 5-9. doi:10.1037/0735-7028.17.1.5.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573. doi:10.1037/0033-295X.92.4.548
- Weiner, C. (2005). Sex Education: Recognizing Anti-Gay Harassment as Sex Discrimination Under Title VII and Title IX. *Colum. Hum. Rts. L. Rev.*, 37, 189.
- West, J., Kayser, L., Overton, P., Saltmarsh, R. (1991). Student perceptions that inhibit the initiation of counseling. *School Counselor*, 39, 77-83.
- Wester, S. R. (2008). Male gender role conflict and multiculturalism: Implications for counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 36, 294-324.
- Wester, S. R., Arndt, D., Sedivy, S. K., & Arndt, L. (2010). Male police officers and stigma associated with counseling: The role of anticipated risks, anticipated benefits and gender role conflict. *Psychology of Men & Masculinity*, 11(4), 286.
- Williams, K. E., Chambless, D. L., & Ahrens, A. (1997). Are emotions frightening? An extension of the fear of fear construct. *Behaviour research and therapy*, 35(3), 239-248.
- Wills, T. A. (1992). The helping process in the context of personal relationships. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *Helping and being helped* (pp. 17-48). Newbury Park, CA: Sage.
- Winefield H., Chur-Hansen A. (2004), *Integrating psychologist into primary mental health in Australia*, in "Families, Systems & Health", vol.22, n.3, pp. 294-305.
- Wittchen, H.,U., Pittrow, D. (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study, in Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp., n.17, pp. 1-11.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *The British Journal of Psychiatry*, 168(2), 191-198.
- Wollersheim, D. M., & Walsh, J. A. (1993). Clinical psychologists: professionals without a role?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 171.

- Wood, W., Jones, M., & Benjamin, L. T. (1986). Surveying psychology's public image. *American Psychologist*, 41(9), 947-953.
- World Health Organization (WHO) Expert Committee on the Control of the Leishmaniasis, WHO Expert Committee on the Control of the Leishmaniasis. Meeting, & World Health Organization. (1990). *Control of the Leishmaniasis: Report of a WHO Expert Committee* (Vol. 793). World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), The introduction of a mental health component into primary health care. WHO Publication, Geneva, 1990.
- World Health Organization (WHO), World Bank (1996), The global burden of disease and injuries series, vol.1, Cambridge, Mass, Harvard University Press for WHO and World Bank.
- World Health Organization (WHO), World Organization of National Colleges, Academies, & Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2005.
- World Health Organization. (1946, June). WHO (1946). In Minutes of the technical preparatory committee for the international health conference (pp. 03-18).
- World Health Organization. (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland, January 2005. In *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland, January 2005*. World Health Organization.
- Wynaden, D., Chapman, R., Orb, A., McGowan, S., Zeeman, Z., & Yeak, S. (2005). Factors that influence Asian communities' access to mental health care. *International journal of mental health nursing*, 14(2), 88-95.
- Yap, M. B., Wright, A., & Jorm, A. F. (2011). The influence of stigma on young people's help-seeking intentions and beliefs about the helpfulness of various sources of help. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(12), 1257-1265.

- Yeh, C. J. (2002). Taiwanese students' gender, age, interdependent and independent self-construal, and collective self-esteem as predictors of professional psychological help-seeking attitudes. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 8, 19–29.
- Yousaf, O., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2015). A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health psychology review*, 9(2), 264-276.
- Zamperini, A. (2010). *L'ostracismo: essere esclusi, respinti e ignorati*. G. Einaudi.
- Zander, A. (1983). *The value of belonging to a group in Japan*. Small Group Behavior.
- Zhao, W., Young, R. E., Breslow, L., Michel, N. M., Flett, G. L., & Goldberg, J. O. (2015). Attachment style, relationship factors, and mental health stigma among adolescents. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 47(4), 263-271.
- Zucker, G. S., & Weiner, B. (1993). Conservatism and perceptions of poverty: An attributional analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(12), 925-943. doi:10.1111/j.1559-1816.1993.tb01014.x

SITOGRAFIA

www.saluter.it/ssr/aree-dellassistenza/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche/programma-giuseppe-leggieri

<http://www.woncaeurope.org>

<http://www.iapt.nhs.uk>

APPENDICE A

Foglio informativo sullo studio

Il presente progetto dal titolo “Atteggimento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico” ha come responsabili la Dott.ssa Francesca Bianco (dottoranda, FISPPA, Università di Padova; francesca.bianco01@gmail.com) e il Prof. Marco Sambin (ordinario, FISPPA, Università di Padova; marco.sambin@unipd.it).

Come le è stato spiegato di persona, l’obiettivo generale dello studio è di indagare l’idea che le persone hanno della richiesta di aiuto ad un professionista della salute mentale, in relazione ad alcune caratteristiche personali, come le relazioni significative, la gestione dello stress e delle emozioni.

Durante la ricerca le chiederemo di rispondere ad alcuni questionari che propongono domande relative alla sua personale idea della richiesta di aiuto psicologico, alla sua modalità di relazione con gli altri, alla gestione dello stress e delle emozioni, e al suo stato di salute.

La durata complessiva dello studio è di circa 30 minuti.

Consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati

Il sottoscritto (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO) _____
acconsente liberamente a partecipare allo studio dal titolo “Atteggimento nei confronti della richiesta di aiuto psicologico”.

Il sottoscritto dichiara:

- Di essere informato che lo studio è in linea con la vigente Legge 196/03 “sulla privacy della persona e di altri aspetti rispetto al trattamento dei dati personali”;
- Di sapere di potersi ritirare dallo studio in qualunque momento, senza fornire spiegazioni, senza alcuna penalizzazione e ottenendo il non utilizzo dei dati.
- Di essere informato che i dati saranno raccolti in forma confidenziale (nome/codice).
- Di essere stato informato che i propri dati saranno utilizzati esclusivamente per soli scopi scientifici e statistici e con il mantenimento delle regole relative alla riservatezza.
- Di essere informato che, qualora lo desiderasse, potrà ottenere la restituzione dei miei dati grezzi.
- Di essere informato che dovrò rivolgermi ad uno specialista per l'eventuale interpretazione dei dati, poiché il presente studio non ha finalità cliniche.
- Di sapere che la durata complessiva dello studio è di circa 30 minuti.
- Di sapere che lo studio si svolgerà in un ambiente adeguato, ovvero nel laboratorio del Prof. Marco Sambin presso la sede LIRIPAC di Via Belzoni 82.
- Di sapere che lo studio potrebbe generare stress emotivo.
- Di sapere che lo studio potrebbe generare affaticamento.
- Di sapere che una copia del presente modulo gli sarà consegnata dal ricercatore.

Il sottoscritto (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO) _____ presa visione del presente modulo esprime il proprio consenso alla partecipazione e al trattamento dei propri dati personali.

Data _____

Firma _____

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLO STATO GENERALE

DI BENESSERE PSICOLOGICO

The Psychological General Well-Being Index (PGWBI)

Dupuy H.J., 1984

Versione MiOS, Gennaio 2000

Questo questionario si propone di verificare il Suo stato attuale di benessere ponendoLe alcune domande su "come si sente" e su come Le stanno andando le cose in generale.

Dopo aver letto attentamente tutte le possibili risposte, scelga per ciascuna domanda la risposta che Le sembra descrivere meglio la Sua situazione.

1. Nelle ultime 4 settimane, come si è sentito in generale?

(indichi una risposta)

Di umore eccellente	☐
Di buon umore	☐
Di buon umore per la maggior parte del tempo	☐
Con molti alti e bassi di umore	☐
Giù di morale per la maggior parte del tempo	☐
Con il morale a terra	☐

2. Nelle ultime 4 settimane, è stato infastidito da malattie, disturbi fisici o dolori?

(indichi una risposta)

Tutti i giorni	☐
Quasi tutti i giorni	☐
Per circa metà del tempo	☐
Più volte, ma per meno di metà del tempo	☐
Raramente	☐
Mai	☐

3. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito depresso?

(indichi una risposta)

Sì, al punto di pensare di farla finita	☐
Sì, al punto che non mi importava più di nulla	☐
Sì, mi sono sentito molto depresso quasi tutti i giorni	☐
Sì, mi sono sentito piuttosto depresso parecchie volte	☐
Sì, mi sono sentito un po' depresso qualche volta	☐
No, non mi sono mai sentito depresso	☐

4. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito padrone delle Sue situazioni, pensieri, emozioni e dei Suoi sentimenti?

(indichi una risposta)

Si, senz'altro	☐
Si, quasi del tutto	☐
Si, generalmente	☐
Non troppo	☐
No, e questo mi disturba un po'	☐
No, e questo mi disturba molto	☐

5. Nelle ultime 4 settimane, è stato infastidito da stati di tensione o perché aveva i nervi a fior di pelle?

(indichi una risposta)

Enormemente, tanto da non riuscire a lavorare o ad occuparmi delle cose che dovevo fare	☐
Moltissimo	☐
Parecchio	☐
Abbastanza, tanto da esserne infastidito	☐
Un po'	☐
Per nulla	☐

6. Nelle ultime 4 settimane, quanta energia o vitalità ha avuto o ha sentito di avere?

(indichi una risposta)

Decisamente pieno di energia - molto vivace	☐
Abbastanza pieno di energia per la maggior parte del tempo	☐
Ho avuto notevoli alti e bassi di vitalità ed energia	☐
Il mio livello di energia o vitalità è stato generalmente basso	☐
Il mio livello di energia o vitalità è stato quasi sempre molto basso	☐
Mi sono sentito senza forze, svuotato, privo di energia o vitalità	☐

7. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito scoraggiato e triste.

(indichi una risposta)

Mai	☐
Quasi mai	☐
Una parte del tempo	☐
Molto tempo	☐
Quasi sempre	☐
Sempre	☐

8. Nelle ultime 4 settimane, è stato generalmente teso o ha provato tensione?

(indichi una risposta)

- Si, sono stato estremamente teso per tutto o quasi tutto il tempo ☐
- Si, sono stato molto teso per la maggior parte del tempo ☐
- Generalmente no,ma mi è successo diverse volte di sentirmi
piuttosto teso ☐
- Alcune volte mi sono sentito un po' teso ☐
- Il mio livello di tensione è stato piuttosto basso ☐
- Non ho mai avuto la sensazione di essere teso ☐

9. Nelle ultime 4 settimane, in che misura si è sentito felice, soddisfatto o contento della Sua vita personale?

(indichi una risposta)

- Veramente molto felice, non mi sarei potuto sentire più soddisfatto
o contento ☐
- Quasi sempre molto felice ☐
- In generale molto soddisfatto, contento ☐
- A volte abbastanza felice, a volte piuttosto infelice ☐
- In generale insoddisfatto o infelice ☐
- Quasi sempre o sempre molto insoddisfatto o infelice ☐

10. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito così bene da fare quello che desiderava o doveva fare?

(indichi una risposta)

- Si, decisamente ☐
- Si, per fare quasi tutto quello che desideravo o dovevo fare ☐
- I miei problemi di salute mi hanno limitato in alcune cose importanti ☐
- A causa della mia salute sono appena in grado di prendermi
cura di me stesso ☐
- Ho avuto bisogno di qualche aiuto per occuparmi di me stesso ☐
- Ho avuto bisogno di aiuto per tutto o quasi tutto quello che
dovevo fare ☐

11. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito tanto triste, scoraggiato, disperato o ha avuto tanti problemi da chiedersi se valesse la pena andare avanti?

(indichi una risposta)

- Si, enormemente, tanto da essere quasi sul punto di lasciare
perdere tutto ☐
- Si, moltissimo ☐

Si, parecchio	☐
Si, abbastanza, tanto da turbarmi	☐
Un po'	☐
Per nulla	☐

12. Nelle ultime 4 settimane, mi sono svegliato fresco e riposato.

(indichi una risposta)

Mai	☐
Quasi mai	☐
Una parte del tempo	☐
Molto tempo	☐
Quasi sempre	☐
Sempre	☐

13. Nelle ultime 4 settimane, ha provato apprensione, preoccupazione o paura per la Sua salute?

(indichi una risposta)

Enormemente	☐
Moltissimo	☐
Parecchio	☐
Un po', ma non tanto	☐
Quasi mai	☐
Per nulla	☐

14. Nelle ultime 4 settimane, ha avuto qualche motivo per domandarsi se stesse perdendo la ragione o se stesse perdendo il controllo della memoria, dal modo in cui agisce, parla, pensa o sente?

(indichi una risposta)

No, per niente	☐
Solo un po'	☐
Qualche motivo ma non sufficiente a causarmi apprensione o preoccupazione	☐
Qualche motivo, tanto da causarmi un po' di preoccupazione	☐
Qualche motivo, tanto da causarmi molta preoccupazione	☐
Si, molti motivi e sono molto preoccupato	☐

15. Nelle ultime 4 settimane, la mia vita quotidiana è stata interessante per me.

(indichi una risposta)

Mai	☐
Quasi mai	☐

- Una parte del tempo ☐
- Molto tempo ☐
- Quasi sempre ☐
- Sempre ☐

16. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito attivo, in forze o lento, pigro?

(indichi una risposta)

- Sempre molto attivo e in forze ☐
- Quasi sempre attivo e in forze - mai veramente lento e pigro ☐
- Abbastanza attivo e in forze - raramente lento e pigro ☐
- Abbastanza lento e pigro - raramente attivo e in forze ☐
- Quasi sempre lento e pigro - mai veramente attivo e in forze ☐
- Sempre molto lento e pigro ☐

17. Nelle ultime 4 settimane, è stato in ansia, preoccupato o arrabbiato?

(indichi una risposta)

- Enormemente, tanto da sentirmi male o quasi ☐
- Moltissimo ☐
- Parecchio ☐
- Abbastanza - tanto da turbarmi ☐
- Un po' ☐
- Per nulla ☐

18. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito emotivamente stabile e sicuro di me stesso.

(indichi una risposta)

- Mai ☐
- Quasi mai ☐
- Una parte del tempo ☐
- Molto tempo ☐
- Quasi sempre ☐
- Sempre ☐

19. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito rilassato, tranquillo oppure si è sentito molto teso, nervoso o agitato?

(indichi una risposta)

- Sempre rilassato e tranquillo ☐
- Quasi sempre rilassato e tranquillo ☐
- Generalmente rilassato e tranquillo, ma qualche volta ☐

- abbastanza teso ☐
- Generalmente molto teso, ma qualche volta abbastanza rilassato ☐
- Quasi sempre molto teso, nervoso, o agitato ☐
- Sempre molto teso, nervoso, o agitato ☐

20. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito allegro e sereno.

(indichi una risposta)

- Mai ☐
- Quasi mai ☐
- Una parte del tempo ☐
- Molto tempo ☐
- Quasi sempre ☐
- Sempre ☐

21. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito stanco, esaurito, logorato o sfinito.

(indichi una risposta)

- Mai ☐
- Quasi mai ☐
- Una parte del tempo ☐
- Molto tempo ☐
- Quasi sempre ☐
- Sempre ☐

22. Nelle ultime 4 settimane, è stato o si è sentito sottoposto a stress o pressioni?

(indichi una risposta)

- Sì, quasi più di quanto potessi sopportare o reggere ☐
- Sì, molto ☐
- Sì, abbastanza - più del solito ☐
- Sì, abbastanza - ma quasi come al solito ☐
- Sì, un po' ☐
- Per nulla ☐

Questionario ECR-R

di Fraley, Waller, & Brennan (2000). Trad. it. Calvo (2008)

ISTRUZIONI: Le seguenti affermazioni si riferiscono a come lei si sente nelle relazioni sentimentali. Siamo interessati al modo in cui lei generalmente vive le relazioni, e non soltanto a ciò che sta succedendo in una relazione attualmente in corso. Risponda ad ogni affermazione indicando la misura del suo accordo o disaccordo, barrando la casella corrispondente.

Nel rispondere tenga presente che per “partner” s’intende solamente un partner sentimentale (ad esempio la propria ragazza o il proprio ragazzo, la fidanzata o il fidanzato, il coniuge) e quindi non parenti, amici o colleghi. Inoltre, tenga presente che le parole “vicino” o “intimo” si riferiscono alla vicinanza psicologica o emotiva (ad esempio aprirsi, confidarsi, condividere emozioni ed esperienze), oltre che a quella fisica o sessuale.

	Forte disaccordo		Neutrale / Misto			Forte accordo	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Preferisco non mostrare al partner come mi sento dentro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ho paura di perdere l'amore del mio partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Mi sento a mio agio nel condividere con il partner i miei pensieri e sentimenti più personali.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Spesso temo che il mio partner non voglia più stare con me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Trovo difficile concedermi di fare affidamento sul partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Spesso ho paura che il mio partner non mi ami veramente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Mi sento molto a mio agio quando mi trovo in intimità con il partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Temo che il partner non tenga a me quanto io tengo a lui/lei.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Non mi sento a mio agio ad aprirmi con il partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Spesso desidero che i sentimenti del mio partner verso di me siano forti quanto i miei verso di lui/lei.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Forte disaccordo		Neutrale / Misto			Forte accordo	
	1	2	3	4	5	6	7
11. Preferisco non avere eccessiva intimità con il partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Mi preoccupo molto per le mie relazioni sentimentali.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Mi sento a disagio quando il partner vuole essermi molto vicino/a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Quando il mio partner non è con me, temo che possa interessarsi a qualcun altro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Trovo abbastanza facile entrare in intimità con il mio partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Quando manifesto i miei sentimenti al partner, temo che lui/lei non senta le stesse cose per me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Non è difficile per me entrare in intimità con il mio partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Raramente mi preoccupo del fatto che il mio partner possa lasciarmi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Di solito parlo con il mio partner dei miei problemi e delle mie preoccupazioni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Il mio partner mi fa dubitare di me stesso/a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Mi è d'aiuto rivolgermi al mio partner nei momenti di bisogno.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Non mi preoccupo spesso di essere abbandonato/a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Al mio partner dico quasi tutto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Trovo che il mio partner non voglia essere intimo con me quanto io vorrei.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Discuto sulle cose con il mio partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Capita a volte che i sentimenti del partner nei miei confronti cambino senza una ragione apparente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. M'innervosisco quando il partner si avvicina troppo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Forte disaccordo		Neutrale / Misto			Forte accordo	
	1	2	3	4	5	6	7
a me.							
28. A volte il mio desiderio di stabilire un rapporto molto stretto fa allontanare le persone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Mi sento a mio agio a fare affidamento sul partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Temo che non piacerei al partner, se mi conoscesse per come sono veramente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Per me è facile fare affidamento sul partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. “Divento matto/a” se non ricevo dal mio partner l'affetto e il sostegno di cui ho bisogno.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Per me è facile essere affettuoso/a con il mio partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Temo di non essere all'altezza delle altre persone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Il mio partner capisce veramente me e i miei bisogni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Il mio partner sembra accorgersi di me solo quando sono arrabbiato/a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Questionario sulla Regolazione Emotiva (ERQ) traduzione italiana

Translated by Stefania Balzarotti & Cristina Gatti

ISTRUZIONI: Qui di seguito, ti chiediamo di rispondere ad alcune domande sulla tua esperienza emotiva, in particolare riguardo al modo in cui controlli (cioè regoli e gestisci) le tue emozioni. Le domande comprendono due diversi aspetti circa le tue emozioni.: il primo riguarda la tua esperienza, ovvero quello che provi, senti dentro; il secondo riguarda l'espressione, cioè il modo in cui mostri le tue emozioni nel modo di parlare, esprimerti e comportarti. Nonostante alcune domande ti sembrano simili, in realtà esse differiscono per alcuni aspetti importanti. Ti chiediamo quindi di leggere con attenzione e di rispondere utilizzando questa scala di valori:

	Forte disaccordo		Neutrale / Misto			Forte accordo	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Per sentirmi meglio (ad esempio, felice/contento/sollevato/di buon umore), cerco di guardare le cose da una prospettiva diversa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tengo i miei sentimenti per me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Per non starci male (ad esempio, essere triste/in collera/di cattivo umore), cerco di guardare le cose da una prospettiva diversa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Quando sono contento/felice, cerco di non farlo notare.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Quando devo affrontare una situazione difficile, cerco di considerarla da una prospettiva che mi aiuti a stare calmo/a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Controllo le mie emozioni non esprimendole.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Cambiare il modo di pensare ad una situazione, mi aiuta a sentirmi meglio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cerco di controllare i miei sentimenti provando a cambiare il modo di considerare la situazione in cui mi trovo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Se provo sentimenti negativi, faccio attenzione a non esprimerli.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Cambiare il modo di pensare ad una situazione, mi aiuta a non starci male.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Toronto Alexithymia Scale
(TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994)

Istruzioni: Per favore utilizzi la scala a 5 punti e segni con una X il grado di accordo sulle frasi seguenti.

1	2	3	4	5
Non sono per niente d'accordo	Non sono molto d'accordo	Non sono né d'accordo né in disaccordo	Sono d'accordo in parte	Sono completamente d'accordo

	Non sono per niente d'accordo	Non sono molto d'accordo	Non sono né in accordo né in disaccordo	Sono d'accordo in parte	Sono completamente d'accordo
1. Sono spesso confuso/a circa le emozioni che provo.	1	2	3	4	5
2. Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti.	1	2	3	4	5
3. Provo delle sensazioni fisiche che neanche i medici capiscono.	1	2	3	4	5
4. Riesco facilmente a descrivere i miei sentimenti.	1	2	3	4	5
5. Preferisco approfondire i problemi piuttosto che descriverli semplicemente.	1	2	3	4	5
6. Quando sono sconvolto/a non so se sono triste, spaventato/a, arrabbiato/a.	1	2	3	4	5
7. Sono spesso disorientato dalle sensazioni che provo nel mio corpo.	1	2	3	4	5
8. Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perché siano andate in quel modo.	1	2	3	4	5
9. Provo sentimenti che non riesco proprio ad identificare.	1	2	3	4	5

	Non sono per niente d'accordo	Non sono molto d'accordo	Non sono né in accordo né in disaccordo	Sono d'accordo in parte	Sono completamente d'accordo
10. È importante provare emozioni.	1	2	3	4	5
11. Mi è difficile descrivere agli altri ciò che provo.	1	2	3	4	5
12. Gli altri mi chiedono di parlare di più dei miei sentimenti.	1	2	3	4	5
13. Non capisco cosa stia accadendo dentro di me.	1	2	3	4	5
14. Spesso non so perché mi arrabbio.	1	2	3	4	5
15. Con le persone preferisco parlare delle cose di tutti i giorni piuttosto che delle mie emozioni.	1	2	3	4	5
16. Preferisco vedere spettacoli leggeri piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico.	1	2	3	4	5
17. Mi è difficile rivelare i miei sentimenti più profondi anche agli amici più intimi.	1	2	3	4	5
18. Posso sentirmi vicino ad una persona, anche se stiamo in silenzio.	1	2	3	4	5
19. Trovo che l'esame dei miei sentimenti mi serva a risolvere i miei problemi personali.	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Self-Stigma of Seeking Help Scale (SSOSH; Vogel et al., 2006)

Istruzioni: Le persone a volte si trovano di fronte a dei problemi per i quali sentono il bisogno di cercare aiuto. Questo può far emergere delle particolari reazioni su cosa la ricerca di aiuto può significare.

Per favore utilizzi la scala a 5 punti e segni con una X il grado di accordo su come potrebbe sentirsi in questa situazione.

1	2	3	4	5
Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Né d'accordo né in disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo

1. Mi sentirei inadeguato/a se andassi da un terapeuta per un aiuto psicologico	1	2	3	4	5
2. La fiducia in me stesso/a non sarebbe minacciata se cercassi un aiuto professionale.	1	2	3	4	5
3. Cercare un aiuto psicologico mi farebbe sentire meno intelligente.	1	2	3	4	5
4. La mia autostima aumenterebbe se parlassi con un terapeuta.	1	2	3	4	5
5. L'opinione che ho di me non cambierebbe per il solo fatto che ho scelto di vedere un terapeuta.	1	2	3	4	5
6. Mi farebbe sentire inferiore chiedere aiuto a un terapeuta.	1	2	3	4	5
7. Mi sentirei bene con me stesso/a se facessi la scelta di cercare un aiuto professionale.	1	2	3	4	5
8. Se andassi da un terapeuta, sarei meno soddisfatto/a di me stesso.	1	2	3	4	5
9. La fiducia in me stesso/a rimarrebbe la stessa se cercassi un aiuto professionale per un problema che non saprei risolvere.	1	2	3	4	5
10. Mi sentirei peggio con me stesso se non potessi risolvere i miei problemi.	1	2	3	4	5

Perception of Stigmatization by Other for Seeking Help
(PSOSH; Vogel et al., 2009)

Istruzioni:

Immagini di avere un problema emozionale e personale che non riesce a risolvere da solo. Se si rivolgesse ad un servizio psicologico per questo problema, secondo lei in che misura le persone con cui interagisce:

- 1) Reagiranno negativamente nei suoi confronti
- 2) Penseranno male di lei
- 3) La considereranno seriamente disturbato
- 4) Penseranno a lei in modo meno positivo
- 5) Penseranno che lei sia un rischio per altre persone

Per ognuna di queste frasi attribuisca un punteggio da 1 a 5 seguendo la modalità seguente:

1= Per niente 2= Un po' 3= Abbastanza 4= Molto 5= Del tutto

Attitude Toward Seeking Professional Psychological Help Scale
(ATPPSHS; Fisher & Farina, 1995)

Istruzioni: Per favore legga attentamente le seguenti frasi e attribuisca un punteggio in base alla scala riportata di seguito. Per ogni frase, fornisca una valutazione scrivendo nello spazio a sinistra il numero che più si avvicina al suo grado di accordo o disaccordo.

Non ci sono risposte sbagliate, valuti ogni frase in base a ciò che onestamente crede e sente.

È importante che lei fornisca una valutazione a ciascuna frase.

Non sono d'accordo				Sono d'accordo
1	2	3	4	

- 1. Se pensassi di avere un crollo mentale, la mia prima scelta sarebbe quella di chiedere un aiuto professionale
- 2. L'idea di parlare dei problemi con uno psicologo mi sembra un metodo inefficace per eliminare i conflitti emotivi.
- 3. Se stessi vivendo una seria crisi emotiva a questo punto della mia vita, sono sicuro/a che potrei trovare sollievo in una psicoterapia.
- 4. C'è qualcosa di ammirevole nell'atteggiamento di una persona che è disposta a far fronte ai propri conflitti e alle proprie paure senza ricorrere ad un aiuto.
- 5. Cercherei un aiuto psicologico se fossi preoccupato o turbato per un lungo periodo di tempo.
- 6. Potrei desiderare una consulenza psicologica in futuro.
- 7. È improbabile che una persona possa risolvere da sola un suo problema emotivo; probabilmente lo risolverà grazie ad un aiuto professionale.
- 8. Considerando il tempo e i costi di una psicoterapia, essa sarebbe di dubbia utilità per una persona come me.
- 9. Una persona dovrebbe risolvere i propri problemi; cercare una consulenza psicologica dovrebbe essere l'ultima risorsa.
- 10. I problemi personali ed emotivi, come molte altre cose, tendono a risolversi da soli.

QUESTIONARIO ANAGRAFICO

Nome e cognome (iniziali): _____

Recapito: _____

Data di nascita: _____

Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina

Attualmente è iscritto a una facoltà universitaria? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quale? _____

Se sì, quale anno sta frequentando? _____

Ha mai avuto delle consulenze psicologiche in passato? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare di che tipo _____

Attualmente, sta seguendo un percorso psicologico? ☐ Sì ☐ No

Risultati

Tabella 4.4: Correlazioni complete tra atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto e le altre variabili indagate

Variabili	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 Attegg. ricerca di aiuto	-																	
2 Distress Totale	-.010	-																
3 PGWBI_Ansia	.020	.829** *	-															
4 PGWBI_Depression e	-.050	.824** *	.637** *	-														
5 PGWBI_Positività e Benessere	-.018	.844** *	.586** *	.626** *	-													
6 PGWBI_Autocontrollo	-.108*	.801** *	.543** *	.658** *	.653** *	-												
7 PGWBI_Salute Generale	-.006	.631** *	.415** *	.501** *	.397** *	.473** *	-											
8 PGWBI_Vitalita'	.080	.831** *	.593***	.609** *	.709** *	.575** *	.444** *	-										
9 Evitamento	-	.310** *	.198** *	.290** *	.342** *	.234** *	.166** *	.259** *	-									
10 Ansietà	.015	.392** *	.264** *	.363** *	.316** *	.363** *	.330** *	.295** *	.454** *	-								
11 Reappraisal	.113*	.156** *	.082	.076	.187** *	.144**	.075	.172**	-1.00	-.095	-							
12 Suppression	-	-	-.086	-	-	-.114*	-.112*	-	.538**	.228**	.060	-						

	.250**	.190**		.140**	.243**			.219**	*	*								
	*	*			*													
13 Totale Alessitimia	-	-	-	-	-	-	-	-	.490**	.478**	-	.457**						
	.143**	.382**	.222**	.308**	.348**	.420**	.289**	.293**	*	*	.137**	*	-					
		*	*	*	*	*	*	*			*							
14 F1 (Difficoltà nell'identificare i sentimenti)	.046	.421**	.281**	.399**	.316**	.477**	.373**	.253**	.322**	.542**	-.082	.181**	.779**	-				
		*	*	*	*	*	*	*	*	*		*	*					
15 F2 (Difficoltà nel comunicare i sentimenti)	-.079	.297**	-	.179**	.195**	.291**	.318**	.199**	.461**	.317**	-.019	.521**	.824**	.489**	-			
		*		*	*	*	*	*	*	*		*	*	*				
16 F3 (Pensiero operatorio)	-	.335**	-.102	-.005	-.056	-	-.103*	-.037	-	.322**	.169**	-	.355**	.630**	.156**	.362**	-	
	*				.158**				.137**	*	*	.222**	*	*		*		
											*							
17 Self stigma	-	.594**	-.089	-	.122**	-.050	-.067	.005	.020	-	.218**	.128**	-.100	.261**	.255**	.056	.213**	.341**
	*								.151**	*				*	*		*	*
																		-
18 Stigma degli altri significativi	-	.138**	-	-		-.045	-.096	-.083	-.110*	.230**	.265**	-.028	.196**	.237**	.159**	.208**	.169**	.364**
	.144**	*	.168**	.143**						*	*		*	*	*	*	*	*
																		-

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Tabella 4.5: riepilogo del modello della prima regressione

Riepilogo del modello									
Modello	R	R-quadrato	R-quadrato adattato	Errore std. della stima	Statistiche delle modifiche				
					Modifica R-quadrato	Modifica F	gl1	gl2	Sign. Modifica F
1	,281 ^a	,079	,072	5,252	,079	10,459	3	365	,000
2	,615 ^b	,378	,369	4,328	,299	87,200	2	363	,000

a. Predittori: (costante), TAS_TOTALE, REAPPRAISAL, SUPPRESSION

b. Predittori: (costante), TAS_TOTALE, REAPPRAISAL, SUPPRESSION, PSOSH_TOTALE, SSOSH_TOTALE

Tabella 4.6: riepilogo del modello della seconda regressione

Riepilogo del modello									
Modello	R	R-quadrato	R-quadrato adattato	Errore std. della stima	Statistiche delle modifiche				
					Modifica R-quadrato	Modifica F	gl1	gl2	Sign. Modifica F
1	,315 ^a	,099	,092	5,888	,099	13,411	3	365	,000

a. Predittori: (costante), TAS_TOTALE, REAPPRAISAL, SUPPRESSION

Tabella 4.7: riepilogo del modello della terza regressione

Riepilogo del modello									
Modello	R	R-quadrato	R-quadrato adattato	Errore std. della stima	Statistiche delle modifiche				
					Modifica R-quadrato	Modifica F	gl1	gl2	Sign. Modifica F
1	,257 ^a	,066	,058	2,721	,066	8,611	3	365	,000

a. Predittori: (costante), TAS_TOTALE, REAPPRAISAL, SUPPRESSION

APPENDICE B

Foglio informativo sullo studio

La presente ricerca ha come responsabili la Dott.ssa Francesca Bianco (dottoranda, FISPPA, Università di Padova; francesca.bianco01@gmail.com) e il Prof. Marco Sambin (Ordinario, FISPPA, Università di Padova).

Come le è stato spiegato di persona, l'obiettivo della ricerca è di indagare la percezione della figura dello psicologo psicoterapeuta e di altre figure professionali di aiuto.

Le verranno quindi poste dall'operatore/trice alcune domande riguardanti la sua personale idea dello psicologo psicoterapeuta e di altri professionisti della salute mentale e la sua personale esperienza con essi.

Le domande saranno proposte in modalità di intervista e di questionario.

L'intervista sarà audioregistrata e durerà complessivamente 40 minuti, mentre il questionario durerà circa 15 minuti.

Consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati

Il sottoscritto (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO) _____
acconsente liberamente a partecipare alla ricerca di "Percezione dello psicologo psicoterapeuta".

Il sottoscritto dichiara:

- Di essere informato che lo studio è in linea con la vigente Legge 196/03 "sulla privacy della persona e di altri aspetti rispetto al trattamento dei dati personali";
- Di sapere che, qualora provasse disagio, potrà renderlo manifesto in qualsiasi momento all'operatore/trice e, se lo ritiene necessario, potrà interrompere la ricerca in qualunque momento, senza fornire spiegazioni, ottenendo il non utilizzo dei dati;
- Di essere informato che i dati saranno raccolti in forma confidenziale;
- Di essere stato informato che i propri dati saranno utilizzati esclusivamente per soli scopi scientifici e statistici e con il mantenimento delle regole relative alla riservatezza;
- Di essere informato che, qualora lo desiderasse, potrà ottenere la restituzione dei dati grezzi;
- Di sapere che la durata complessiva dello studio è di circa 40 minuti per l'intervista e 15 minuti per il questionario;
- Di sapere che una copia del presente modulo gli sarà consegnata dal ricercatore.

Firma per presa visione e consenso alla partecipazione:

Data.....

Firma per consenso all'audioregistrazione:

Data.....

QUESTIONARIO IN PRESENZA

L'obiettivo dell'intervista è approfondire la sua personale idea di alcune figure professionali di aiuto.

Le saranno quindi rivolte alcune domande riguardanti la percezione dello psicologo psicoterapeuta e di altri professionisti della salute mentale e la sua personale esperienza con essi. Il suo contributo è molto prezioso perché ci permette di comprendere il suo punto di vista; ciò significa non esistono opinioni giuste o sbagliate, ma per noi è importante comprendere cosa le persone sanno e pensano dei professionisti della salute mentale.

Le sue risposte saranno trattate in forma anonima.

CONOSCENZE

Conosce la differenza tra uno psicologo e uno psicoterapeuta? Se sì, qual è?

CONTATTO CON LO PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA

Si è mai rivolto ad uno psicologo psicoterapeuta nel passato? (se lo desidera può esplicitare la motivazione)

Se sì, Lo ha detto alla sua famiglia e/o al suo gruppo di amici? Perché?

Se non si è mai rivolto ad uno psicologo psicoterapeuta, come mai non lo ha fatto?

Si rivolgerebbe ad uno psicologo psicoterapeuta in futuro? Come mai?

Qualora in futuro desiderasse andare da uno psicologo psicoterapeuta, saprebbe a chi rivolgersi?

Quale mezzo utilizzerebbe per informarsi su come poter raggiungere uno psicologo psicoterapeuta?

- ☐ Conoscenze personali (specificare)
- ☐ Giornali, riviste
- ☐ Internet
- ☐ Medico di base
- ☐ Altro

Qualora, invece, desiderasse rivolgersi ad uno psichiatra, saprebbe a chi rivolgersi o come raggiungerlo?

Qualora, invece, desiderasse rivolgersi ad un medico di base, saprebbe a chi rivolgersi o come raggiungerlo?

CONTATTO CON ALTRI PROFESSIONISTA DELLA SALUTE MENTALE

Si è mai rivolto ad altri professionisti della salute mentale in passato?

Se sì, di chi si trattava?

Nel mese precedente quante volte si è rivolto al Medico di Base?

- ☐ 0 accessi
- ☐ 1 accesso
- ☐ 2 accessi
- ☐ 3 o più accessi

PERCEZIONE PSICOLOGO DI BASE

Cosa ne penserebbe se lo psicologo lavorasse nello studio del suo medico di base? Crede che sarebbe propenso a rivolgersi a lui? *(SPIEGARE A TUTTI CHI È LO PDB: Lo psicologo di base è una nuova figura professionale attiva in diversi Paesi Europei, ma non ancora ufficiale in Italia, che lavora nello studio del medico di base. È inserito nel Sistema Sanitario Nazionale, che offre, così come per il medico di base, un servizio gratuito per il cittadino, che è coperto dall'assicurazione sanitaria. Il cittadino quindi può effettuare delle sedute gratuite con lo psicologo, che è disponibile per tutti all'interno dello studio del medico, così come avvengono i normali consulti con il medico di base.)*

QUESTIONARIO

Ora le chiediamo di rispondere al seguente questionario relativo alla sua percezione dello Psicologo Psicoterapeuta e di altre figure professionali, in relazione anche al suo contesto di riferimento.

Di seguito troverà una serie di domande e di affermazioni e le chiediamo di rispondere in base alla sua personale opinione.

Il suo contributo è molto prezioso perché ci permette di comprendere il suo punto di vista e approfondire cosa le persone sanno e pensano dei professionisti della salute mentale. Ciò significa non esistono opinioni giuste o sbagliate, ma per noi è importante comprendere cosa le persone sanno e pensano dei professionisti della salute mentale. Valuti quindi ogni punto in base a ciò che onestamente crede e sente.

Le sue risposte saranno trattate in forma anonima.

Quanti amici e/o familiari conosce che si sono rivolti ad uno psicologo psicoterapeuta?

- ☐ Zero
- ☐ Uno
- ☐ Due
- ☐ Tre
- ☐ Più di tre

Lei ha amici e/o parenti che di professione fanno lo psicologo psicoterapeuta?

- ☐ Sì
- ☐ No

Pensano a suo/a figlio/a (reale o ipotetico), quale tra queste professioni vorrebbe che svolgesse?

- ☐ Assistente sociale
- ☐ Medico di base
- ☐ Psichiatra
- ☐ Psicologo Psicoterapeuta
- ☐ Sacerdote
- ☐ Nessuna delle precedenti

Nel prossimo questionario le verranno presentate le seguenti figure professionali:

Psicologo Psicoterapeuta

Psicologo di Base

Psichiatra

Assistente sociale

Medico di Base

Sacerdote

Le chiediamo di indicare quanto ognuno degli aggettivi che le verranno presentati descrive il suo modo di percepire le diverse figure professionali.

Le chiediamo ora di esprimersi sulla percezione che Lei ha dello **Psicologo Psicoterapeuta**. Per psicologo psicoterapeuta facciamo riferimento alla figura professionale che opera in uno studio privato.

Le chiediamo di indicare quanto ognuno degli aggettivi seguenti descrive il suo modo di percepire lo *Psicologo Psicoterapeuta*.

Nel rispondere, faccia riferimento alla seguente scala.

Per niente							Moltissimo
1	2	3	4	5	6	7	

Lo *Psicologo Psicoterapeuta* è:

Competente	1	2	3	4	5	6	7
Caloroso/a	1	2	3	4	5	6	7
Socievole	1	2	3	4	5	6	7
Efficiente	1	2	3	4	5	6	7
Intelligente	1	2	3	4	5	6	7
Degno/a di fiducia	1	2	3	4	5	6	7
Gradevole	1	2	3	4	5	6	7
Ben intenzionato/a	1	2	3	4	5	6	7
Abile/esperto/a	1	2	3	4	5	6	7
Piacevole	1	2	3	4	5	6	7
Cordiale	1	2	3	4	5	6	7
Sincero/a	1	2	3	4	5	6	7
Sicuro/a	1	2	3	4	5	6	7
Capace	1	2	3	4	5	6	7
Amichevole	1	2	3	4	5	6	7

Le chiediamo ora di indicare in quale misura associa le emozioni seguenti allo *Psicologo Psicoterapeuta*.

Nel rispondere faccia sempre riferimento alla scala precedente.

Disgusto	1	2	3	4	5	6	7
Ammirazione	1	2	3	4	5	6	7
Compassione	1	2	3	4	5	6	7
Invidia	1	2	3	4	5	6	7

Le chiediamo ora di esprimersi sull'idea che Lei si è fatto della figura dello **Psicologo di base**.

Lo psicologo di base è una nuova figura professionale attiva in diversi Paesi Europei, ma non ancora ufficiale in Italia, che lavora nello studio del medico di base. È chiamato Psicologo di Base proprio perché è inserito nel Sistema Sanitario Nazionale, che offre, così come per il medico di base, un servizio gratuito per il cittadino, che è coperto dall'assicurazione sanitaria. Il cittadino quindi può effettuare delle sedute gratuite con lo psicologo, così come avvengono i normali consulti con il medico di base. Le chiediamo di indicare quanto ognuno degli aggettivi seguenti descrive il suo modo di percepire lo *Psicologo di base*.

Nel rispondere, faccia riferimento alla seguente scala.

Per niente							Moltissimo
1	2	3	4	5	6	7	

Lo *Psicologo di base* è:

Competente	1	2	3	4	5	6	7
Caloroso/a	1	2	3	4	5	6	7
Socievole	1	2	3	4	5	6	7
Efficiente	1	2	3	4	5	6	7
Intelligente	1	2	3	4	5	6	7
Degno/a di fiducia	1	2	3	4	5	6	7
Gradevole	1	2	3	4	5	6	7
Ben intenzionato/a	1	2	3	4	5	6	7
Abile/esperto/a	1	2	3	4	5	6	7
Piacevole	1	2	3	4	5	6	7
Cordiale	1	2	3	4	5	6	7
Sincero/a	1	2	3	4	5	6	7
Sicuro/a	1	2	3	4	5	6	7
Capace	1	2	3	4	5	6	7
Amichevole	1	2	3	4	5	6	7

Le chiediamo ora di indicare in quale misura associa le emozioni seguenti allo *Psicologo di base*. Nel rispondere faccia sempre riferimento alla scala precedente.

Disgusto	1	2	3	4	5	6	7
Ammirazione	1	2	3	4	5	6	7
Compassione	1	2	3	4	5	6	7
Invidia	1	2	3	4	5	6	7

Le chiediamo ora di esprimersi sulla percezione che Lei ha dello *Psichiatra*.

Le chiediamo di indicare quanto ognuno degli aggettivi seguenti descrive il suo modo di percepire lo *Psichiatra*.

Nel rispondere, faccia riferimento alla seguente scala.

Per niente							Moltissimo
1	2	3	4	5	6	7	

Lo *Psichiatra* è:

Competente	1	2	3	4	5	6	7
Caloroso/a	1	2	3	4	5	6	7
Socievole	1	2	3	4	5	6	7
Efficiente	1	2	3	4	5	6	7
Intelligente	1	2	3	4	5	6	7
Degno/a di fiducia	1	2	3	4	5	6	7
Gradevole	1	2	3	4	5	6	7
Ben intenzionato/a	1	2	3	4	5	6	7
Abile/esperto/a	1	2	3	4	5	6	7
Piacevole	1	2	3	4	5	6	7
Cordiale	1	2	3	4	5	6	7
Sincero/a	1	2	3	4	5	6	7
Sicuro/a	1	2	3	4	5	6	7
Capace	1	2	3	4	5	6	7
Amichevole	1	2	3	4	5	6	7

Le chiediamo ora di indicare in quale misura associa le emozioni seguenti allo *Psichiatra*. Nel rispondere faccia sempre riferimento alla scala precedente.

Disgusto	1	2	3	4	5	6	7
Ammirazione	1	2	3	4	5	6	7
Compassione	1	2	3	4	5	6	7
Invidia	1	2	3	4	5	6	7

Le chiediamo ora di esprimersi sulla percezione che Lei ha del **Medico di base**.

Le chiediamo di indicare quanto ognuno degli aggettivi seguenti descrive il suo modo di percepire il *Medico di base*.

Nel rispondere, faccia riferimento alla seguente scala.

Per niente							Moltissimo
1	2	3	4	5	6	7	

Il *Medico di base* è:

Competente	1	2	3	4	5	6	7
Caloroso/a	1	2	3	4	5	6	7
Socievole	1	2	3	4	5	6	7
Efficiente	1	2	3	4	5	6	7
Intelligente	1	2	3	4	5	6	7
Degno/a di fiducia	1	2	3	4	5	6	7
Gradevole	1	2	3	4	5	6	7
Ben intenzionato/a	1	2	3	4	5	6	7
Abile/esperto/a	1	2	3	4	5	6	7
Piacevole	1	2	3	4	5	6	7
Cordiale	1	2	3	4	5	6	7
Sincero/a	1	2	3	4	5	6	7
Sicuro/a	1	2	3	4	5	6	7
Capace	1	2	3	4	5	6	7
Amichevole	1	2	3	4	5	6	7

Le chiediamo ora di indicare in quale misura associa le emozioni seguenti al *Medico di base*. Nel rispondere faccia sempre riferimento alla scala precedente.

Disgusto	1	2	3	4	5	6	7
Ammirazione	1	2	3	4	5	6	7
Compassione	1	2	3	4	5	6	7
Invidia	1	2	3	4	5	6	7

Le chiediamo ora di esprimersi sulla percezione che Lei ha del *Sacerdote*.

Le chiediamo di indicare quanto ognuno degli aggettivi seguenti descrive il suo modo di percepire il *Sacerdote*.

Nel rispondere, faccia riferimento alla seguente scala.

Per niente							Moltissimo
1	2	3	4	5	6	7	

Il *Sacerdote* è:

Competente	1	2	3	4	5	6	7
Caloroso/a	1	2	3	4	5	6	7
Socievole	1	2	3	4	5	6	7
Efficiente	1	2	3	4	5	6	7
Intelligente	1	2	3	4	5	6	7
Degno/a di fiducia	1	2	3	4	5	6	7
Gradevole	1	2	3	4	5	6	7
Ben intenzionato/a	1	2	3	4	5	6	7
Abile/esperto/a	1	2	3	4	5	6	7
Piacevole	1	2	3	4	5	6	7
Cordiale	1	2	3	4	5	6	7
Sincero/a	1	2	3	4	5	6	7
Sicuro/a	1	2	3	4	5	6	7
Capace	1	2	3	4	5	6	7
Amichevole	1	2	3	4	5	6	7

Le chiediamo ora di indicare in quale misura associa le emozioni seguenti al *Sacerdote*. Nel rispondere faccia sempre riferimento alla scala precedente.

Disgusto	1	2	3	4	5	6	7
Ammirazione	1	2	3	4	5	6	7
Compassione	1	2	3	4	5	6	7
Invidia	1	2	3	4	5	6	7

Le chiediamo ora di esprimersi sulla percezione che Lei ha dell' *Assistente sociale*.

Le chiediamo di indicare quanto ognuno degli aggettivi seguenti descrive il suo modo di percepire l'*Assistente sociale*.

Nel rispondere, faccia riferimento alla seguente scala.

Per niente							Moltissimo
1	2	3	4	5	6	7	

L'*Assistente sociale* è:

Competente	1	2	3	4	5	6	7
Caloroso/a	1	2	3	4	5	6	7
Socievole	1	2	3	4	5	6	7
Efficiente	1	2	3	4	5	6	7
Intelligente	1	2	3	4	5	6	7
Degno/a di fiducia	1	2	3	4	5	6	7
Gradevole	1	2	3	4	5	6	7
Ben intenzionato/a	1	2	3	4	5	6	7
Abile/esperto/a	1	2	3	4	5	6	7
Piacevole	1	2	3	4	5	6	7
Cordiale	1	2	3	4	5	6	7
Sincero/a	1	2	3	4	5	6	7
Sicuro/a	1	2	3	4	5	6	7
Capace	1	2	3	4	5	6	7
Amichevole	1	2	3	4	5	6	7

Le chiediamo ora di indicare in quale misura associa le emozioni seguenti all'*Assistente sociale*. Nel rispondere faccia sempre riferimento alla scala precedente.

Disgusto	1	2	3	4	5	6	7
Ammirazione	1	2	3	4	5	6	7
Compassione	1	2	3	4	5	6	7
Invidia	1	2	3	4	5	6	7

DATI ANAGRAFICI

Data di nascita: _____

Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina

Luogo di nascita: _____

Domicilio: _____

Titolo di studio: _____

Attualmente è iscritto a una facoltà universitaria? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quale? _____

Se sì, quale anno sta frequentando? _____

Professione: _____

Risultati

Motivazioni ricorso psicologo: (1) ansia, (1) ansia da esame, (5) attacchi di panico, (1) inviato da medico di base per attacchi di panico (terapia farmacologica, probabilmente era psichiatra), (1) balbuzie, (2) elaborazione del lutto, (1) ribellione in adolescenza, (1) mandato forzatamente per iperattività, (1) progetto comunale, (1) psicologo scolastico: intervento di classe, (5) “ho avuto dei problemi”, (2) problemi di coppia, (5) mandato dai genitori, (1) “malessere che non riuscivo a sfogare con altre persone”, (1) dipendenza da antidolorifici, (2) terapia familiare, (1) “era per saltare qualche ora di lezione”, (1) “curiosità, capire alcune cose di me”, (1) dislessia, (1) test attitudinali, (1) periodo di crisi, (1) disturbo del sonno, (1) “ho fatto un percorso farmacologico” (probabilmente era uno psichiatra), (1) “per un confronto personale”, (1) separazione genitori, (1) incontri di gruppo in ambito sportivo, (2) “per parlare con qualcuno che non fossero le mie amiche”, (1) depressione e problemi familiari.

APPENDICE C

MODULO PER CONSENSO INFORMATO SECONDO LA LEGGE 196/03 PER L'INTERVISTA

Foglio informativo sullo studio

La presente ricerca ha come responsabili il Prof. Massimo Santinello (Ordinario, DPSS, Università di Padova) e la Dott.ssa Francesca Bianco (dottoranda, FISPPA, Università di Padova; francesca.bianco01@gmail.com).

Come le è stato spiegato di persona, l'obiettivo della ricerca è di indagare la soddisfazione generale inerente alla sperimentazione della nuova figura professionale dello psicologo di base, facendo luce sugli aspetti di forza e di debolezza che hanno caratterizzato questa prima esperienza.

Le verranno quindi poste dall'operatore/trice alcune domande relative alla sperimentazione dello psicologo di base a cui ha partecipato, proposte in modalità di intervista, riguardanti la sua personale soddisfazione, il rapporto con i pazienti e con i colleghi.

L'intervista sarà audioregistrata e durerà complessivamente 40 minuti.

Consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati

Il sottoscritto (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO) _____
acconsente liberamente a partecipare alla ricerca di "Valutazione della sperimentazione dello psicologo di base".

Il sottoscritto dichiara:

- Di essere informato che lo studio è in linea con la vigente Legge 196/03 "sulla privacy della persona e di altri aspetti rispetto al trattamento dei dati personali";
- Di sapere che, qualora provasse disagio, potrà renderlo manifesto in qualsiasi momento all'operatore/trice e, se lo ritiene necessario, potrà interrompere la ricerca in qualunque momento, senza fornire spiegazioni, ottenendo il non utilizzo dei dati;
- Di essere informato che i dati saranno raccolti in forma confidenziale;
- Di essere stato informato che i propri dati saranno utilizzati esclusivamente per soli scopi scientifici e statistici e con il mantenimento delle regole relative alla riservatezza;
- Di essere informato che, qualora lo desiderasse, potrà ottenere la restituzione dei dati grezzi;
- Di sapere che la durata complessiva dello studio è di circa 40 minuti;
- Di sapere che una copia del presente modulo gli sarà consegnata dal ricercatore.

Firma per presa visione e consenso alla partecipazione:

Data.....

Firma per consenso all'audioregistrazione:

Data.....

MODULO PER CONSENSO INFORMATO SECONDO LA LEGGE 196/03 PER IL FOCUS GROUP

Foglio informativo sullo studio

La presente ricerca ha come responsabili il Prof. Massimo Santinello (Ordinario, DPSS, Università di Padova) e la Dott.ssa Francesca Bianco (dottoranda, FISPPA, Università di Padova; francesca.bianco01@gmail.com). Come le è stato spiegato di persona, l'obiettivo della ricerca è di indagare la soddisfazione generale inerente alla sperimentazione della nuova figura professionale dello psicologo di base, facendo luce sugli aspetti di forza e di debolezza che hanno caratterizzato questa prima esperienza. Le verranno quindi poste dall'operatore/trice alcune domande relative alla sperimentazione dello psicologo di base a cui ha partecipato riguardanti la sua personale soddisfazione, il rapporto con i pazienti e con i colleghi. Le domande saranno proposte seguendo la metodologia del focus group, un metodo esistente già dagli anni '40, ad opera di Levin e Merton, in cui un gruppo di persone discute riguardo a un argomento specifico al fine di analizzare e sviluppare un tema. Ciò che dirà sarà utilizzato ai fini di migliorare il progetto e farne un bilancio complessivo. L'intervista di gruppo sarà audioregistrata e durerà complessivamente 90 minuti.

Consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati

Il sottoscritto (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO) _____
acconsente liberamente a partecipare alla ricerca di "Valutazione della sperimentazione dello psicologo di base".

Il sottoscritto dichiara:

- Di essere informato che lo studio è in linea con la vigente Legge 196/03 "sulla privacy della persona e di altri aspetti rispetto al trattamento dei dati personali";
- Di sapere che, qualora provasse disagio, potrà renderlo manifesto in qualsiasi momento all'operatore/trice e, se lo ritiene necessario, potrà interrompere la ricerca in qualunque momento, senza fornire spiegazioni, ottenendo il non utilizzo dei dati;
- Di essere informato che i dati saranno raccolti in forma confidenziale;
- Di essere stato informato che i propri dati saranno utilizzati esclusivamente per soli scopi scientifici e statistici e con il mantenimento delle regole relative alla riservatezza;
- Di essere informato che, qualora lo desiderasse, potrà ottenere la restituzione dei dati grezzi;
- Di sapere che la durata complessiva dello studio è di circa 90 minuti;
- Di sapere che una copia del presente modulo gli sarà consegnata dal ricercatore.

Firma per presa visione e consenso alla partecipazione:

Data.....

Firma per consenso all'audioregistrazione:

Data.....

SCHEMA MEDICO

Accesso a "PSICOLOGO DI BASE"			
Dati paziente			
Nome/Cognome:			
Tessera sanitaria nr.:			
Data di nascita:			
Luogo di nascita:			
Comune di residenza:			
Recapito telefonico:			
Professione:	1	Studente	
	2	Lavoratore dipendente	
	3	Lavoratore autonomo	
	4	Disoccupato	
	5	Pensionato	
	6	Casalinga	
Problematica presentata:	1	Ansia	
	2	Aspetti depressivi	
	3	Richiesta diretta di colloquio/ascolto/aiuto	
	4	Crisi familiare	
	5	Lutto	
	6	Accessi impropri al Pronto Soccorso	
	7	Richieste improprie di farmaci	
	8	Richieste improprie di approfondimenti diagnostici	
	9	Insorgenza/annuncio di grave malattia	
	10	Recidività	
	11	Non motivazione alla cura	
	12	Disagio del professionista di fronte al paziente	
	13	Problematiche lavorative	
	14	Altro (da specificare nelle note)	
Alternative all'invio:	1	prescrizione farmaci	
	2	prescrizione esami di laboratorio/specialistici	
	3	invio specialista ospedaliero	
	4	invio servizi territoriali (sert etc)	
	5	presa in carico	
	6	consulto con altri colleghi medici	
	7	rilascio certificato di malattia/astensione dal lavoro	
	8	altro (da specificare nelle note)	
Invio effettuato da:			
In data:			
Il pz accetta il colloquio:	SI		
	NO		
Il pz ha già avuto altri accessi ai Servizi di Psicologia:	SI		
	NO		

SCHEDA PSICOLOGO

Problematica rilevata:	1	eventi fisiologici del ciclo di vita	
	2	lutto	
	3	separazione	
	4	perdita di lavoro	
	5	aspetti disfunzionali di personalità	
	6	reazione emotiva da stress	
	7	dipendenza/addiction	
	8	problemi della sessualità	
	9	disturbo di tipo psichiatrico	
	10	disturbi neuropsicologici	
	11	disturbi psicosomatici	
	12	ptsd	
Date colloqui:	1		
	2		
	3		
	4		
Esito:	Valutazione psicologo e indicazioni terapeutiche		
	Valutazione soddisfazione del paziente		
Follow up in data:			
Psicologo di riferimento:			

QUESTIONARIO UTENZA

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLO STATO GENERALE

DI BENESSERE PSICOLOGICO

The Psychological General Well-Being Index (PGWBI)

Dupuy H.J., 1984

Versione MiOS, Gennaio 2000

Questo questionario si propone di verificare il Suo stato attuale di benessere ponendoLe alcune domande su "come si sente" e su come Le stanno andando le cose in generale.

Dopo aver letto attentamente tutte le possibili risposte, scelga per ciascuna domanda la risposta che Le sembra descrivere meglio la Sua situazione.

1. Nelle ultime 4 settimane, come si è sentito in generale?

(indichi una risposta)

Di umore eccellente	☐
Di buon umore	☐
Di buon umore per la maggior parte del tempo	☐
Con molti alti e bassi di umore	☐
Giù di morale per la maggior parte del tempo	☐
Con il morale a terra	☐

2. Nelle ultime 4 settimane, è stato infastidito da malattie, disturbi fisici o dolori?

(indichi una risposta)

Tutti i giorni	☐
Quasi tutti i giorni	☐
Per circa metà del tempo	☐
Più volte, ma per meno di metà del tempo	☐
Raramente	☐
Mai	☐

3. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito depresso?

(indichi una risposta)

Sì, al punto di pensare di farla finita	☐
Sì, al punto che non mi importava più di nulla	☐
Sì, mi sono sentito molto depresso quasi tutti i giorni	☐
Sì, mi sono sentito piuttosto depresso parecchie volte	☐
Sì, mi sono sentito un po' depresso qualche volta	☐

No, non mi sono mai sentito depresso ☐

4. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito padrone delle Sue situazioni, pensieri, emozioni e dei Suoi sentimenti?

(indichi una risposta)

Sì, senz'altro ☐

Sì, quasi del tutto ☐

Sì, generalmente ☐

Non troppo ☐

No, e questo mi disturba un po' ☐

No, e questo mi disturba molto ☐

5. Nelle ultime 4 settimane, è stato infastidito da stati di tensione o perché aveva i nervi a fior di pelle?

(indichi una risposta)

Enormemente, tanto da non riuscire a lavorare o ad occuparmi delle cose che dovevo fare ☐

Moltissimo ☐

Parecchio ☐

Abbastanza, tanto da esserne infastidito ☐

Un po' ☐

Per nulla ☐

6. Nelle ultime 4 settimane, quanta energia o vitalità ha avuto o ha sentito di avere?

(indichi una risposta)

Decisamente pieno di energia - molto vivace ☐

Abbastanza pieno di energia per la maggior parte del tempo ☐

Ho avuto notevoli alti e bassi di vitalità ed energia ☐

Il mio livello di energia o vitalità è stato generalmente basso ☐

Il mio livello di energia o vitalità è stato quasi sempre molto basso ☐

Mi sono sentito senza forze, svuotato, privo di energia o vitalità ☐

7. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito scoraggiato e triste.

(indichi una risposta)

Mai ☐

Quasi mai ☐

Una parte del tempo ☐

Molto tempo ☐

Quasi sempre ☐

Sempre ☐

8. Nelle ultime 4 settimane, è stato generalmente teso o ha provato tensione?

(indichi una risposta)

Sì, sono stato estremamente teso per tutto o quasi tutto il tempo ☐

Sì, sono stato molto teso per la maggior parte del tempo ☐

Generalmente no, ma mi è successo diverse volte di sentirmi
piuttosto teso ☐

Alcune volte mi sono sentito un po' teso ☐

Il mio livello di tensione è stato piuttosto basso ☐

Non ho mai avuto la sensazione di essere teso ☐

9. Nelle ultime 4 settimane, in che misura si è sentito felice, soddisfatto o contento della Sua vita personale?

(indichi una risposta)

Veramente molto felice, non mi sarei potuto sentire più soddisfatto
o contento ☐

Quasi sempre molto felice ☐

In generale molto soddisfatto, contento ☐

A volte abbastanza felice, a volte piuttosto infelice ☐

In generale insoddisfatto o infelice ☐

Quasi sempre o sempre molto insoddisfatto o infelice ☐

10. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito così bene da fare quello che desiderava o doveva fare?

(indichi una risposta)

Sì, decisamente ☐

Sì, per fare quasi tutto quello che desideravo o dovevo fare ☐

I miei problemi di salute mi hanno limitato in alcune cose importanti ☐

A causa della mia salute sono appena in grado di prendermi
cura di me stesso ☐

Ho avuto bisogno di qualche aiuto per occuparmi di me stesso ☐

Ho avuto bisogno di aiuto per tutto o quasi tutto quello che
dovevo fare ☐

11. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito tanto triste, scoraggiato, disperato o ha avuto tanti problemi da chiedersi se valesse la pena andare avanti?

(indichi una risposta)

Sì, enormemente, tanto da essere quasi sul punto di lasciare

perdere tutto	☐
Si, moltissimo	☐
Si, parecchio	☐
Si, abbastanza, tanto da turbarmi	☐
Un po'	☐
Per nulla	☐

12. Nelle ultime 4 settimane, mi sono svegliato fresco e riposato.

(indichi una risposta)

Mai	☐
Quasi mai	☐
Una parte del tempo	☐
Molto tempo	☐
Quasi sempre	☐
Sempre	☐

13. Nelle ultime 4 settimane, ha provato apprensione, preoccupazione o paura per la Sua salute?

(indichi una risposta)

Enormemente	☐
Moltissimo	☐
Parecchio	☐
Un po', ma non tanto	☐
Quasi mai	☐
Per nulla	☐

14. Nelle ultime 4 settimane, ha avuto qualche motivo per domandarsi se stesse perdendo la ragione o se stesse perdendo il controllo della memoria, dal modo in cui agisce, parla, pensa o sente?

(indichi una risposta)

No, per niente	☐
Solo un po'	☐
Qualche motivo ma non sufficiente a causarmi apprensione o preoccupazione	☐
Qualche motivo, tanto da causarmi un po' di preoccupazione	☐
Qualche motivo, tanto da causarmi molta preoccupazione	☐
Si, molti motivi e sono molto preoccupato	☐

15. Nelle ultime 4 settimane, la mia vita quotidiana è stata interessante per me.

(indichi una risposta)

Mai	☐
Quasi mai	☐
Una parte del tempo	☐
Molto tempo	☐
Quasi sempre	☐
Sempre	☐

16. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito attivo, in forze o lento, pigro?

(indichi una risposta)

Sempre molto attivo e in forze	☐
Quasi sempre attivo e in forze - mai veramente lento e pigro	☐
Abbastanza attivo e in forze - raramente lento e pigro	☐
Abbastanza lento e pigro - raramente attivo e in forze	☐
Quasi sempre lento e pigro - mai veramente attivo e in forze	☐
Sempre molto lento e pigro	☐

17. Nelle ultime 4 settimane, è stato in ansia, preoccupato o arrabbiato?

(indichi una risposta)

Enormemente, tanto da sentirmi male o quasi	☐
Moltissimo	☐
Parecchio	☐
Abbastanza - tanto da turbarmi	☐
Un po'	☐
Per nulla	☐

18. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito emotivamente stabile e sicuro di me stesso.

(indichi una risposta)

Mai	☐
Quasi mai	☐
Una parte del tempo	☐
Molto tempo	☐
Quasi sempre	☐
Sempre	☐

19. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito rilassato, tranquillo oppure si è sentito molto teso, nervoso o agitato?

(indichi una risposta)

Sempre rilassato e tranquillo	☐
Quasi sempre rilassato e tranquillo	☐
Generalmente rilassato e tranquillo, ma qualche volta abbastanza teso	☐
Generalmente molto teso, ma qualche volta abbastanza rilassato	☐
Quasi sempre molto teso, nervoso, o agitato	☐
Sempre molto teso, nervoso, o agitato	☐

20. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito allegro e sereno.

(indichi una risposta)

Mai	☐
Quasi mai	☐
Una parte del tempo	☐
Molto tempo	☐
Quasi sempre	☐
Sempre	☐

21. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito stanco, esaurito, logorato o sfinito.

(indichi una risposta)

Mai	☐
Quasi mai	☐
Una parte del tempo	☐
Molto tempo	☐
Quasi sempre	☐
Sempre	☐

22. Nelle ultime 4 settimane, è stato o si è sentito sottoposto a stress o pressioni?

(indichi una risposta)

Sì, quasi più di quanto potessi sopportare o reggere	☐
Sì, molto	☐
Sì, abbastanza - più del solito	☐
Sì, abbastanza - ma quasi come al solito	☐
Sì, un po'	☐
Per nulla	☐

TRACCIA INTERVISTA PSICOLOGO

- La sperimentazione prevedeva diversi momenti valutativi e alcuni di questi dovevano essere utili a voi come professionisti. Uno fra questi era la scheda del medico, cosa ne pensa rispetto alla sua utilità? Ora le faccio vedere la scheda del medico, le viene in mente qualche aspetto critico da modificare o da aggiungere?
- Le comunicazioni tra lei e il medico andavano al di là della scheda? Quali erano le informazioni scambiate? Qualcuna di queste potrebbe essere implementata nella scheda?
- Lei aveva anche una scheda di valutazione da compilare e che doveva poi tornare al medico di base. Come poteva essere utile al medico di base? Come prima le faccio vedere la scheda, le viene in mente qualcosa da modificare?
- Un altro aspetto di valutazione riguardava invece il paziente, con un questionario che veniva somministrato in tre tempi, all'inizio dei colloqui, al termine e dopo un mese. Ha incontrato particolari difficoltà o resistenze nella compilazione da parte del paziente?
- Cosa consiglierebbe per migliorare la procedura di valutazione? Quali aspetti della salute del paziente andrebbe a valutare?
- Su quali aspetti della salute ritiene che il suo intervento si sia focalizzato? Quali sono state le principali problematiche riscontrate? Quali tipologie di pazienti, ovvero con quali tipologie di problematiche, hanno tratto beneficio dall'intervento?
- Qualche paziente ha rifiutato il suo intervento? Perché? Cosa si potrebbe fare per migliorare la compliance?
- Quali ritiene debbano essere le competenze in possesso di uno psicologo che lavora in questo ambito, data la sua esperienza? Tenendo a mente che questo non è un intervento di carattere psicoterapico, quale ritiene essere il numero massimo di incontri auspicabile per questo tipo di intervento?
- Erano previsti dei momenti di supervisione? Se non erano previsti li ritiene utili?
- Ha avuto particolari problemi nella gestione di alcuni pazienti? Ritiene che il contesto di lavoro sia adeguato per il tipo di problematiche? Ritiene che il numero di psicologi era adeguato per il numero di pazienti? Ha avuto problemi con qualche collega o con i medici di base?
- Si ritiene complessivamente soddisfatto della sua esperienza?
- Ritiene utile proseguire con la sperimentazione?

TRACCIA INTERVISTA MEDICO

- Conosceva già questa figura professionale? Cosa ha pensato quando si è aperta una sperimentazione qui in Veneto?
- La sperimentazione prevedeva diversi momenti valutativi. Uno fra questi era la scheda che Lei doveva compilare, cosa ne pensa rispetto alla sua utilità? (Faccio vedere la scheda) le viene in mente qualche aspetto critico da modificare o qualcosa che aggiungerebbe?
- Anche lo psicologo doveva compilare una scheda da restituirle. Cosa ne pensa? (Faccio vedere la scheda) le viene in mente qualcosa da modificare o da aggiungere?
- Le comunicazioni tra lei e lo psicologo andavano al di là della scheda? Quali erano le informazioni scambiate? Qualcuna di queste potrebbe essere implementata nella scheda?
- Un altro aspetto di valutazione riguardava il questionario che doveva essere somministrato al paziente. Ha avuto il sentore di qualche resistenza da parte dei pazienti? Di che tipo?
- Cosa è cambiato rispetto a prima della sperimentazione? Ha trovato che lo psicologo fosse un sostegno o un aggravio?
- Ha avuto problemi a gestire i rapporti con lo psicologo, ad esempio per problemi di linguaggio tecnico o per sovrapposizioni di competenze?
- Si ritiene complessivamente soddisfatto della compresenza di uno psicologo nel suo studio?Ritiene utile proseguire con la sperimentazione?

TRACCIA FOCUS GROUP

Obiettivo 1: Esperienze con il paziente

- Come è stato approcciarsi con questa nuova figura professionale, avete avuto difficoltà a spiegare ai vostri pazienti in cosa consisteva? Mano a mano che la sperimentazione è andata avanti, le cose sono andate meglio?
- Ci sono state resistenze? Da parte di chi? Alla luce della vostra esperienza cosa suggerireste, sia al progetto sia a nuovi medici, per facilitare l'accettazione di questi colloqui da parte dei pazienti?

Obiettivo 2: Il rapporto medico-psicologo

- Come è stata questa esperienza di collaborazione tra le vostre figure, rispettivamente medico e psicologo? Ci sono state difficoltà? Cosa si potrebbe fare per migliorare la collaborazione?
- Inoltre c'erano delle schede da compilare sia da parte dello psicologo, sia del medico. Sono stati utili questi dati, sia nel darli che nel riceverli? Ritenete che si potrebbero migliorare in qualche modo? C'erano degli scambi di informazioni tra voi e gli psicologi sui pazienti al di là delle schede?

Obiettivo 3: Cambiamenti introdotti dallo psicologo, suggerimenti e soddisfazione

- Facendo un bilancio complessivo della sperimentazione, ritenete che ci sia stato un cambiamento nel modo in cui gestite i vostri pazienti?
- In cosa ritenete che la presenza di uno psicologo sia utile sia per i pazienti, in particolare per quale tipologie di problematiche, sia nell'ambito della medicina generale?

OBIETTIVI, RISULTATI ATTESI E AZIONI EMHAP		
Obiettivi	Risultati attesi	Azioni proposte agli Stati Membri
1 Tutti hanno una pari opportunità di realizzare il proprio benessere mentale lungo il corso della propria vita, in particolare colore che sono più vulnerabili o a rischio	A. aumentare la consapevolezza del benessere mentale e dei fattori che lo determinano - stile di vita, scuole e materne, comunità e più in generale nella società B. aumentato supporto per i bisogni di salute mentale nella cura pre e post partum, incluso lo screening per la violenza domestica e l'abuso di alcool C. capacità nelle cure primarie di migliorare la promozione, prevenzione e riconoscimento precoce dei disturbi mentali e del supporto psicologico a bassa soglia D. aumentato ritorno al lavoro delle persone con condizioni di salute mentale E. riduzione del tasso di suicidio tra la popolazione generale e nei sottogruppi relativi a età, sesso, etnia ed altri gruppi vulnerabili F. mezzi concordati ed attuati di misurare il benessere e le sue determinanti (in aggiunta alle misure del disturbo mentale) lungo il corso della vita	a) sviluppo ed implementazione di strategie per la prevenzione dei suicidi che includano le migliori prove di efficacia, combinando un approccio universale con attività che proteggano i gruppi vulnerabili b) fornire supporto per la vita della famiglia, cura pre/post natale e abilità genitoriali c) fornire opportunità per la formazione prescolastica e incoraggiare i genitori a valorizzare la casa come un ambiente di apprendimento, attraverso il gioco, leggere ai bambini e i pasti familiari d) ridurre le esperienze avverse nella fanciullezza (abuso, trascuratezza, violenza, esposizione a droghe, alcool) aumentando la consapevolezza, il riconoscimento, ed assicurando interventi precoci e) offrire programmi universali e mirati di promozione della salute mentale nelle scuole, inclusa l'identificazione precoce dei problemi emotivi nei bambini ed azioni sul bullismo f) applicare approcci di comunità all'educazione in aree di privazione multipla per rompere il ciclo che lega povertà, privazione e scarsi risultati scolastici g) promuovere l'apprendimento lungo il corso della vita, migliorare l'alfabetizzazione, saper contare, abilità di base in coloro che sono più deprivati ed esclusi h) creare incentivi per i datori di lavoro di ridurre lo stress psicosociale e lavoro correlato, migliorare la gestione dello stress ed introdurre semplici programmi per promuovere il benessere sul luogo di lavoro i) incoraggiare una organizzazione ottimale del lavoro e dell'orario di lavoro per raggiungere un equilibrio lavoro-vita j) promuovere una alimentazione sana e l'attività fisica per tutti i gruppi di età, attraverso sport e altre attività, e fornire spazi gioco sicuri per i bambini k) favorire la costituzione e la protezione di luoghi salubri all'aperto ed il contatto con la natura l) fornire spazi di vita e quartieri sicuri, convenienti ed accessibili, così come definiti dalle persone anziane coinvolte, e che facilitano la loro partecipazione, mobilità ed autonomia m) fornire opportunità per l'e-learning per le persone anziane per facilitare l'accesso ai social networks e programmi di intervento precoce
2 le persone con problemi di salute mentale sono cittadini i cui diritti	A. tutti i diritti umani sono garantiti e la protezione contro la discriminazione è salvaguardata per le persone con problemi di salute mentale B. le opportunità associate alla piena cittadinanza, incluso impiego, alloggio e istruzione per le persone con problemi di salute mentale sono uguali a quelli delle altre persone, considerando l'adattamento richiesto per compensare qualsiasi disabilità	a) adottare o aggiornare politiche e accordi legislativi per ratificare convenzioni e dichiarazioni approvate, che garantiscono i diritti umani e la protezione contro le discriminazioni associate con i problemi di salute mentale in aree quali agevolazioni, impiego, istruzione ed alloggio b) affrontare le disuguaglianze e le discriminazioni nell'accesso ed uso dei servizi di salute mentale c) fornire ad ogni paziente e membro della famiglia informazioni adeguate, in formato accessibile, rispetto ai diritti, standard di cura e opzioni di trattamento d) creare e/o identificare per le persone con problemi di salute mentale meccanismi di partecipazione al disegno, fornitura, monitoraggio e valutazione delle politiche e dei servizi per la salute mentale e) mettere in grado i gruppi di difesa dei pazienti e dei familiari, incluso il supporto finanziario, di

umani sono pienamente valutati, rispettati e promossi	C. le persone soggette a ricovero obbligatorio e/o trattamento hanno accesso alla libera informazione e alla consulenza legale	rafforzare la rappresentanza dei loro interessi f) assicurare il libero accesso alla consulenza legale per le persone detenute involontariamente g) condurre attività anti stigma basate sull'efficacia nella comunità, mirate alle persone che hanno il potenziale di impattare le vite di coloro che soffrono la discriminazione
3 i servizi di salute mentale sono accessibili, competenti ed abbordabili, disponibili nella comunità a seconda dei bisogni	A. i servizi di salute mentale sono organizzati al fine di facilitare una vita normale nella società e comprendono uno spettro di cure, integrando servizi generici e specialistici di salute mentale B. le cure primarie assicurano diagnosi precoce corretta, trattamento ed invio, per le persone con disturbi mentali C. i servizi di comunità per la salute mentale sono accessibili a tutti i gruppi della popolazione D. le grandi istituzioni, associate a trascuratezza ed abuso, sono chiuse E. la cura ospedaliera è terapeutica, offre una gamma di trattamenti, cura e supporto adattato ai bisogni individuali, invece che semplicemente confinare i pazienti F. i servizi di salute mentale sono forniti in setting decenti G. i servizi di salute mentale offrono cure appropriate per differenti gruppi di età H. le risorse ed i bisogni delle famiglie sono valutati periodicamente, ed è fornita formazione e supporto I. una forza lavoro multidisciplinare è disponibile in misura adeguata J. i servizi di salute mentale sono accessibili senza barriere finanziarie ingiuste	a) sviluppare una strategia nazionale per la salute mentale specificando le priorità e responsabilità degli specialisti nazionali e locali e delle agenzie generiche b) stabilire le cure primarie come il primo punto di accesso per le persone con problemi di salute mentale, e fornire la capacità di erogare trattamenti per i comuni disturbi mentali c) collocare i servizi di salute mentale di comunità in luoghi accessibili, vicini ai gruppi più vulnerabili e fornire i servizi di supporto essenziali d) offrire speciali programmi di sensibilizzazione nelle aree con una alta prevalenza di popolazioni a rischio come i gruppi di minoranza poveri o le persone senza casa e) creare servizi di comunità che siano appropriati all'età e capaci di offrire interventi precoci e supporto continuativo alle persone giovani con un primo episodio di gravi problemi di salute mentale f) sviluppo di unità psichiatriche che siano terapeutiche, con strutture suddivise per sesso con adeguata privacy, in particolare camere da letto, servizi igienici e stanze da bagno, e con staff che offre cure individualizzate ed efficaci in modo rispettoso g) offrire alloggi nella comunità, offrendo cure e sistemazioni abitative dignitose e centrate sulla persona h) assicurare che il servizio legale per le persone con disturbi mentali sia gestito dai servizi per la salute mentale, con specifici training e servizi i) identificare e fornire risorse per supportare le famiglie che accudiscono i propri cari che richiedono cure a lungo termine, inclusa la formazione, servizi di sollievo e adeguati benefici j) analizzare e se necessario rettificare i finanziamenti per la salute, per creare incentivi per lo sviluppo di servizi di salute mentale su base comunitaria k) rimuovere gli ostacoli all'accesso ai servizi per i più deprivati, valutando i trasporti, finanze e disponibilità
4 le persone hanno diritto a trattamenti rispettosi,	A. tutti i trattamenti di salute mentale, sia medici, sociali o psicologici, sono terapeutici e rispettano la dignità e le preferenze degli utilizzatori dei servizi, e dove indicato, delle loro famiglie B. i trattamenti efficaci sono resi disponibili in base a criteri sia di efficienza, sia di equità	a) mettere in atto dispositivi di governo per assicurare l'affidabilità dei clinici per la prestazione di interventi che siano rispettosi, sicuri e efficaci b) permettere agli utilizzatori dei servizi di condividere le decisioni rispetto alla prioritarizzazione, sviluppo, implementazione di trattamenti efficaci ed innovativi, sia al livello di sistema che di individuo c) condurre tutte le pratiche secondo standard etici confermati da associazioni professionali

sicuri ed efficaci	C. la forza lavoro è adeguatamente qualificata e competente, capace di mantenere il morale alto D. è stabilita la cooperazione internazionale tra i governi e i soggetti professionali interessati per individuare parametri di riferimento per la formazione, competenze e standard di cura	d) includere competenze di salute mentale nei curricula accademici per ogni medico ed altri gruppi dello staff, ed assicurare formazione continua per la forza lavoro delle cure primarie e) assicurare che tutti i posti del servizio siano assegnati a professionisti competenti, ed offrire opportunità di apprendimento per tutta la vita per aggiornare lo staff rispetto ai cambiamenti f) offrire allo staff opportunità di sviluppo e un ambiente di lavoro stimolante, incoraggiando il morale
5 il sistema sanitario fornisce buone cure di salute fisica e mentale per tutti	A. le persone con problemi di salute mentale hanno una aspettativa di vita uguale alla popolazione generale corrispondente per età e sesso B. l'accesso delle persone con problemi di salute mentale ai servizi di salute fisica come i disturbi cardiovascolari, diabete, cancro e cure dentali e la qualità della cura della salute fisica che ricevono è uguale all'accesso della popolazione generale C. i problemi di salute mentale nelle persone con disturbi fisici sono adeguatamente riconosciuti e trattati	a) assicurare che tutte le persone con gravi problemi di salute mentale abbiano la priorità nelle strategie della salute b) assicurare che tutte le persone abbiano accesso alle cure per la salute mentale e fisica di pari qualità c) attuare azioni per migliorare l'accesso delle persone con disturbi mentali alla cura della salute fisica, particolarmente la cura di emergenza d) assicurare che i servizi monitorino gli indicatori della salute e i loro fattori di rischio e ogni effetto collaterale delle cure tra tutte le persone con problemi di salute mentale nei servizi di comunità e nelle strutture ospedaliere e) includere la modificazione degli stili di vita nella formazione e nei programmi di trattamento per le persone con problemi di salute mentale f) valutare periodicamente lo stato di salute mentale delle persone con disturbi fisici cronici g) offrire formazione a tutti i professionisti delle cure primarie sulla rilevazione e gestione della depressione e dell'ansia nelle persone con disagio fisico
6 i sistemi di salute mentale lavorano in collaborazione ben coordinata con gli altri settori	A. le persone con problemi di salute mentale ricevono i benefici ed i servizi ai quali hanno diritto B. i pazienti possono accedere alle cure, incluse le cure specialistiche, attraverso una procedura di valutazione integrata C. i sistemi di finanziamento offrono incentivi per i modi di lavoro efficiente D. la competenza degli utilizzatori dei servizi e dei membri della famiglia è usata per allocare le risorse per la loro cura	a) sono specificati i ruoli e le responsabilità delle agenzie per la salute mentale generiche e specialistiche. Le agenzie generiche possono nominare staff che dirigono le materie collegate alla salute mentale b) assicurare che la coordinazione delle opportunità di sussidio/assistenza sociale, impiego, alloggio, e formazione sia una responsabilità accettata per i servizi per la salute mentale c) stabilire procedure di assessment unificate tra le agenzie di salute mentale e di assistenza sociale d) offrire incentivi per bilanci comuni delle agenzie che devono lavorare in stretta collaborazione e) creare opportunità per gli utilizzatori dei servizi e/o per le loro famiglie di pianificare i propri servizi fornendo fondi, con chiara responsabilità
7governance e la distribuzione e della salute mentale guidate da buone	A. selezionati set di indicatori per i risultati, rilevanti per i bisogni del pubblico di riferimento B. qualità e sicurezza controllate separatamente, coinvolgendo gli utilizzatori dei servizi e le famiglie C. la ricerca è coordinata e disseminata a livello internazionale D. il numero di dipendenti, la loro distribuzione e le	a) completare e restituire gli indicatori del GMHAP b) valutare la qualità e la sicurezza attraverso agenzie indipendenti dal fornitore, producendo reports trasparenti c) prendere misure per scambiare informazioni tra clinici e agenzie, proteggendo la confidenzialità delle persone d) valutare gli effetti delle misure della salute pubblica con valutazione dell'impatto della salute mentale e) supportare la capacità della ricerca di valutare bisogni, scoprire innovazioni efficaci e valutare i

informazioni e conoscenze	E. le loro ragioni sono note le definizioni e la terminologia concordate a livello internazionale	f) risultati rendere gli utilizzatori dei servizi e i membri delle famiglie una parte integrale del controllo di qualità

RISULTATI ULSS 4

N ULSS 4= 77, N ULSS 7=69

PROFESSIONE

	ULSS4	ULSS7
Studente	13%	5.9%
Lavoratore	51.9%	57.9%
Disoccupato/ casalinga	15.6%	24.6%
Pensionato	19.5%	11.6%

GENERE

	ULSS4	ULSS7
Maschio	DATO NON	29%
Femmina	PERVENUTO	71%

PROBLEMATICA RILEVATA (Risposte più frequenti)

	ULSS4	ULSS7
Ansia	63.6%	58%
Aspetti Depressivi	44.2%	49.3%
Richiesta colloquio/ascolto/aiuto	27.3%	17.4%
Crisi familiare e coppia	24.7%	15.9%
Lutto	11.7%	7.2%
Pronto Soccorso	3.9%	2.9%
Farmaci	6.5%	2.9%
Esami/ipocondria	6.5%	2.9%
Annuncio grave Malattia	3.9%	1.4%
Recidività	0%	1.4%
Disagio del medico	1,3%	2,2%
Problemi lavorativi	2.6%	1.4%

NUMERO DI PROBLEMATICHE RILEVATE

	ULSS4	ULSS7
1	64.5%	50.8%
<1	35.5%	49.2%

ALTERNATIVE ALL'INVIO (Risposte più frequenti)

	ULSS4	ULSS7
FARMACI	51.9%	46.4%
SERVIZI TERRITORIALI	31.2%	11.6%
ESAMI LABORATORIO	9.1%	14.5%
INVIO DA SPECIALISTA	10.4%	11.6%
CERTIFICATO MALATTIA	3.9%	8.7%

RINGRAZIAMENTI

“Di relazioni ci si ammala, di relazioni si guarisce”

P.A. Rook

Alla fine di questi tre anni di dottorato i ringraziamenti non sono solo dovuti, ma sono anche sentiti.

Con immensa stima, ringrazio il mio Supervisore, il Prof. Marco Sambin, che in maniera meno formale mi piace chiamare “il Prof.”, per essermi sempre stato accanto, aver compreso i miei errori e avermi sempre accolta, anche quando il mio bisogno d’indipendenza mi portava a lavorare in solitudine. Lo ringrazio perché è stato la mia base sicura.

Ringrazio il mio Co-Supervisore, la Prof.ssa Alessandra Simonelli, il cui lavoro ho sempre seguito e ammirato da lontano, per avermi autorizzata ad accedere a dati importanti, per avermi dato fiducia nel permettermi di presentare la ricerca svolta insieme a convegni e conferenze, e con lei tutto il gruppo di lavoro dell’Ordine degli Psicologi del Veneto.

Ringrazio la Prof.ssa Dora Capozza, con la quale è stata ideata la seconda ricerca descritta nella tesi, che con acume, gentilezza e simpatia, mi ha guidata nella realizzazione di questo studio e nella riflessione sui dati.

Ringrazio Irene Messina, collega e amica, per avermi dato coraggio quando mi mancava, per aver colmato le mie lacune con le sue intuizioni, per avermi proposto delle collaborazioni e aver quindi creduto nel mio valore, per la sua forza e la sua leggerezza, per aver condiviso con me convegni, camere d’albergo, gioie e dolori del mio dottorato.

Ringrazio tutto il gruppo di ricerca del Prof Sambin, che in questi tre anni si è trasformato, ma ognuna delle persone che ne ha fatto parte mi ha lasciato qualcosa e grazie ad ognuna di loro sono diventata più forte.

Ringrazio tutti i laureandi che mi hanno aiutata nella raccolta dei dati, e che con le loro domande mi hanno permesso di migliorare il mio lavoro: Virginia, Eleonora, Laura, Beatrice, Viviana, Giulia, Andrea.

Ringrazio i 682 partecipanti alle mie ricerche, che con pazienza hanno risposto alle mie domande, e hanno permesso di allargare il mio sguardo sul mondo.

Esulando dalla tesi in senso stretto, ci sono altre persone che devo ringraziare, perché senza di loro tutto questo non sarebbe stato possibile.

Questi tre anni di dottorato sono stati intensi.

Sono gli anni in cui mi sono mossa nel mondo accademico tra riservatezza e passione. Anni in cui a volte la mia timidezza è stata scambiata per insicurezza, o peggio, per freddezza. E che solo qualcuno ha poi scoperto essere uno stile particolare di stare al mondo, osservando, parlando quando si ha la certezza di quel che si vuol dire, entrando in competizione con il merito e non con parole vuote, uno stile difficile da capire, che a volte crea distanze, forse sbagliato, ma mio.

Sono gli anni in cui ho fatto del mio porto sicuro un lavoro. Ho da sempre trovato, infatti, nello studio una forma di assicurazione: più le urla fuori crescevano, più era coinvolgente il silenzio che lo sfogliare le pagine creava. Questi sono stati gli anni in cui, placata la tempesta, ho dovuto mettere a posto i pezzi, pulire la polvere, ricostruire.

Sono stati gli anni in cui ho messo da parte i vecchi valori, e ne ho scoperti di nuovi. Perché “diventi maturo, cresci e ti stanno stretti i tuoi precedenti ideali: essi cadono in polvere, in frantumi; e se non c'è un'altra vita ti tocca ricostruirla con questi frantumi” (Dostoevskij). Sono stati gli anni in cui ho buttato la bussola della sicurezza per scegliere quella delle sensazioni, dell'energia, delle emozioni. Emozioni che non so ancora vivere davvero, ma che ho iniziato a scoprire, che ora so perdonarmi e che sto imparando ad esprimere. Emozioni che sono nominate spesso in questa tesi, che un po' parla di me.

Studiare, quindi, è sempre stato il mio rifugio, ed è diventato ora uno stile di vita, e un lavoro, con il conseguente investimento che ciò può comportare. E questo ha fatto sì che io vivessi in due mondi (uno è quello dei libri) e due vite, perché solo chi legge può vivere un'altra vita oltre la propria: ho dato la caccia al pesce spada con Santiago, ho viaggiato

in treno con Anna Karenina, verso San Pietroburgo con Fedor Dostoevskij, sono stata seduta al Caffè Sorrento con Joseph Breuer, ho partecipato alle feste di Gatsby. È un mondo entusiasmante, poetico, ricco di colpi di scena, ma il mio secondo mondo, quello reale, lo è ancora di più, fatto di personaggi meno eccentrici, ma più veri, fatti di carne ed ossa, di fragilità e bellezza. Eccovi:

Ringrazio la mia famiglia, che non assomiglia a nessun'altra.

Ringrazio mia madre, per tutto quello che ha fatto per me e che non sono riuscita a vedere, per aver fatto in modo che ottenessi ciò che a lei non è stato permesso, per avermi resa capace.

Ringrazio mio padre, che mi ha insegnato a superare ogni difficoltà, a non arrendermi mai, a puntare in alto, a non mollare, per avermi resa forte.

Ringrazio Jacopo, perché è luce, perché c'è.

Ringrazio Nico, perché è acerbo, sofisticato, sensibile, brillante, e mi dà la speranza che tutto sia ancora possibile.

Ringrazio le mie migliori amiche, Doralice, Roberta ed Elisa, che, per motivi diversi, mi hanno aiutata.

Dora, che nelle serate peggiori mi è venuta a prendere e che con la sua forza e il suo sorriso mi ha permesso di alleviare certe fatiche.

Roby, che un giorno mi ha detto "mi sto godendo ogni momento con te perché so che non starai qui per sempre, tu sei sprecata per questo posto".

Eli, perché mi ha mostrato il cambiamento.

Ringrazio i miei amici di sempre, che sono tanti, che ci sono sempre e da sempre. Li ringrazio perché mi permettono di ridere fino alle lacrime, ogni volta.

Ringrazio Alice, perché nonostante ora non faccia più parte della mia vita, nonostante non leggerà mai queste parole, ha condiviso con me gioie e dolori del primo anno di dottorato, e forse come nessun altro ha camminato a fianco a me in quei momenti.

Ringrazio G., per non aver mai lasciato la mia mano, per avermi cresciuta, per aver permesso che mi rialzassi dopo ogni caduta, per avermi indicato la strada, non solo professionale. Per esserci stato sempre, anche quando io non ci sono stata. Per avermi lasciata andare quando era il momento.

Ringrazio tutte le persone nuove, che mi hanno accompagnata in questi ultimi anni o mesi, che mi hanno dato gioia e freschezza, rendendo la scrittura di questa tesi meno faticosa.

In particolare, ringrazio Francesca, che ho ritrovato, perché, proprio perché opposta a me, come spesso ci hanno etichettate (“il diavolo e l’acqua santa”, “la luce e il buio”), anche se con il dubbio che lo sia davvero, mi permette tutti i giorni di vivere e amare il mio sé rinnegato.

Infine ringrazio Riccardo, che mi ha mostrato che le mie paure erano infondate, che mi ha aiutata a buttare giù i miei muri, ad accorciare le distanze che da sola, inutilmente, costruisco. Lo ringrazio perché, qualsiasi strada prenderemo, ha tolto gli ostacoli e mi ha riportata all’essenziale, a ciò a cui anche io ho sempre ambito: la bellezza.

Insomma...In questi tre anni ci sono state tante persone, persone che sono entrate nella mia vita e che poi ho perso, persone che sono da sempre al mio fianco, e persone che mi scelgono tutti i giorni; persone che mi hanno insegnato tanto, persone che mi hanno tenuta per mano e che ad ogni caduta mi hanno aiutata a rialzarmi, persone che hanno camminato a fianco a me pur non toccandomi mai.

In pratica in questi anni e in questa città sono cresciuta. E a volte crescere mi ha fatto male. Ma ho anche tanti altri ricordi: qui sono diventata psicologa, qui diventerò

psicoterapeuta, è qui che ho imparato ad assumermi la responsabilità del cambiamento, qui ho visto dissolvere la sofferenza e ripartire.

Qui ho provato la gioia di entrare in dottorato, qui ho imparato a fare ricerca, qui ho scoperto. Qui mi sono sentita la migliore, qui ho camminato a testa alta, qui sono stata premiata.

Perciò penso che questo luogo e questi anni mi abbiano dato tanto quanto mi hanno tolto: qui mi sono spezzata e qui sono rinata.

Dipende da che punto di vista la guardo, io ho scelto di guardarla così: qui ho vissuto.