

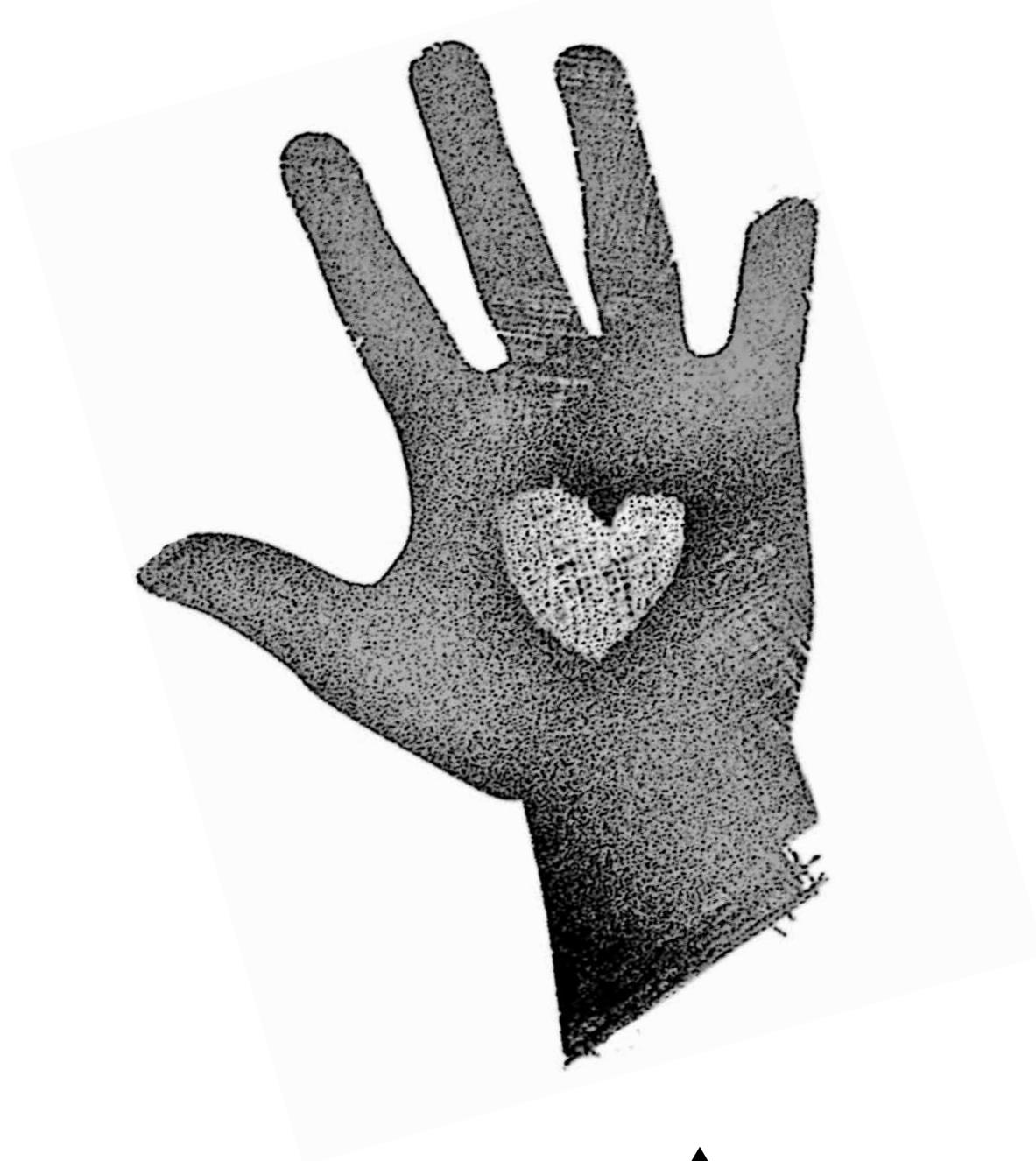
link  
**esperienze**

**Lo psicologo di base. L'esperienza dell'Ambito  
Territoriale Sociale di Galatina**

GIUSEPPE LUIGI PALMA, ELISA GIANNACCARI

**Progetto di presa in carico multidisciplinare dei pazienti  
con Sclerosi Multipla: presentazione di un modello  
di integrazione in ambito ospedaliero**

ANTONIO PEPOLI, FRANCESCA DE LUCA, FRANCESCO PASSANTINO, LUIGI RUIZ



# Lo psicologo di base. L'esperienza dell'Ambito Territoriale Sociale di Galatina

## The primary care psychologist. The project of the Local Social Unit - Galatina

**Le richieste inviate al Medico di Medicina Generale (MMG) sono spesso in una fase molto precoce. Solano (2015) propone il supporto di uno psicologo al MMG, perché le richieste portate al Medico di base, sebbene espresse come sintomi fisici, spesso derivano da problemi relazionali/esistenziali. Il lavoro congiunto consente una risposta più completa al disagio del paziente, anche attraverso l'integrazione delle reciproche competenze, favorendo lo scambio formativo tra i due specialisti. L'articolo riporta un'esperienza realizzata presso l'Ambito Territoriale Sociale di Galatina, con il progetto sperimentale "Psicologo di base presso lo studio di Medicina Generale". Questo prevedeva una collaborazione congiunta e diretta tra i medici di base e gli psicologi attraverso la presenza dello psicologo nello studio del medico durante le consultazioni. L'esperienza, per un periodo di 18 mesi, ha coinvolto 3 psicologi nello studio del medico e 3 psicologi nella raccolta dei dati. La collaborazione congiunta appare fattibile, sebbene richieda diversi mesi di "rodaggio"; i pazienti hanno accolto con favore la presenza dello psicologo e, come previsto, hanno adottato un approccio più ampio nel denunciare il proprio disagio**

GIUSEPPE LUIGI PALMA\*, ELISA GIANNACCARI\*\*

PAROLE CHIAVE Medicina di famiglia, psicologia, cure primarie, Medico di Medicina Generale

---

### Introduzione

Lo stigma sociale legato alla figura dello psicologo e alla possibilità di rivolgersi ad esso è ancora molto elevato. Il contatto tra soggetto e psicologo avviene, spesso, solo se il disagio è in una fase acuta e, molte volte, solo in una fase tardiva del disagio stesso. Un'analisi recentemente effettuata sui dati dello studio ESEMeD (*The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) al fine di valutare il ritardo nel trattamento di soggetti affetti da disturbi mentali conferma tale supposizione (Wang et al., 2007).

Contemporaneamente, i medici, il medico di medicina generale soprattutto, si trovano con una quantità esorbitante di richieste, spesso non tutte di carattere specificatamente medico ma mascherate come tali. Lo studio ESEMeD mostra che il 38% delle persone si rivolge per un disagio psichico (chiaramente riconosciuto) soltanto al Medico di Medicina Generale e un altro 28% si rivolge ad un professionista della salute mentale ma anche al MMG (totale 66%).

Le richieste che arrivano nello studio del Medico di Medicina Generale nascono spesso da situazioni complesse e delicate che necessitano di un approccio biopsicosociale che possa dare risposte appropriate alla “domanda di salute”. Balint (1957) e numerose ricerche successive (ad es. Katon, 1985; Magill e Garrett, 1988), hanno confermato che almeno il 50% delle richieste che giungono ai Medici di Medicina Generale esprimono un disagio di tipo relazionale/esistenziale più che un problema somatico. Le ricerche sulla psicosomatica (Solano, 2013) rivelano che anche il disagio che prende forme somatiche (comprese quelle organiche) nella maggior parte dei casi riconosce cause anche (o soprattutto) psicosociali, relazionali, intrapsichiche, storico/traumatiche, legate al ciclo di vita. Appare, quindi, evidente come la richiesta che perviene al Medico di Medicina Generale necessiti di un accoglimento anche ad un livello diverso da quello somatico. In mancanza di questa risposta, i sintomi possono persistere o peggiorare, o, come dimostrano gli studi epidemiologici, avere un ritardo di trattamento di svariati anni.

Come offrire un ascolto più funzionale, mirato e globale? Come intervenire più precocemente?

Il disagio psicosociale che giunge allo studio del MMG è spesso allo stato nascente. L'individuo che sente dentro di sé la necessità di confrontarsi su dubbi formula una richiesta d'aiuto. In molti casi, però, come detto sopra, la risposta – per mancanza non di impegno professionale ma di competenza – è di tipo biologico.

In questo scenario si colloca la proposta di Solano (2015) dello Psicologo di base presso lo studio del Medico di Medicina Generale.

L'inserimento di uno psicologo a fianco del MMG consente di offrire risposte dove emerge la domanda (Solano, 2015). Ogni forma di disagio portato al medico di Medicina Generale può trovare una risposta più completa al disagio più o meno esplicitato dai pazienti, attraverso le integrazioni delle reciproche competenze, favorendo altresì l'interscambio formativo tra i due professionisti. Si offrirà una soluzione che, oltre ad essere considerata in termini biologici, viene inquadrata nel contesto relazionale e nel ciclo di vita del paziente.

Falanga e Pillot (2016) riassumono gli obiettivi del lavoro congiunto tra MMG e psicologo in:

- Esplorare il significato di qualunque richiesta, in qualunque modo espressa, nel contesto della situazione relazionale presente e passata del paziente e nel contesto del suo ciclo di vita;
- Garantire un accesso diretto ad uno psicologo a tutta la popolazione assistita dal Mmg, senza il rischio di essere etichettati come “disagiati psichici”;
- La possibilità di intervenire in tempo reale su crisi accidentali (crisi coniugali o lavorative, perdita o malattia di figure significative) oltre che di intervenire in momenti significativi dal punto di vista evolutivo (es. adolescenza, inizio dell'università, matrimonio, genitorialità, pensionamento);
- Intervenire in una fase del disagio iniziale, in cui non si sono organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico, anche senza una specifica richiesta da parte del paziente;
- Favorire un interscambio tra Medicina e Psicologia, integrando le reciproche competenze;
- Limitare 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;
- Favorire interventi di prevenzione, diagnosi, riabilitazione e sostegno psicologico, per migliorare la qualità di vita di ogni assistito;
- Migliorare la comunicazione, l'autostima, la qualità di vita per la crescita personale dell'individuo.

La collaborazione congiunta permette, quindi, di offrire un approccio globale senza la necessità di un invio né di una domanda specifica psicologica (entrambe di difficile realizzazione considerato lo stigma sociale), con lo scopo di esplorare il significato di qualunque disturbo, fisico o mentale, portato da qualunque paziente nel contesto

della sua situazione relazionale presente e passata e nel contesto del suo ciclo di vita (Solano, 2011).

### **L'esperienza dell'ambito territoriale sociale di Galatina**

A partire dal 2000, inizialmente ad Orvieto, poi in diverse località di Roma e del Lazio, la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica della Sapienza di Roma ha organizzato la presenza di uno psicologo specializzando nello studio di Medici di Medicina Generale, come forma di tirocinio. Gli Psicologi specializzandi hanno garantito la loro presenza per 3 anni ciascuno presso lo studio di un medico di medicina generale, non solo a Roma ma in diverse città d'Italia.

Il progetto è stato descritto in diverse pubblicazioni nazionali e internazionali, il resoconto più completo è contenuto nel volume *Dal Sintomo alla Persona* (Solano, 2011).

Prendendo a modello la figura dello psicologo di base così come proposta in questo volume, dal 01 Marzo 2017 fino al 30 Agosto 2018 si è svolto presso l'Ambito Territoriale Sociale di Galatina un progetto relativo allo "Psicologo di base presso lo studio di Medicina Generale".

Il progetto, nato all'interno delle azioni di implementazione degli interventi di prevenzione in materia di dipendenze patologiche inseriti nel Piano di Azione per le Dipendenze, ha previsto la partecipazione di 3 psicologi psicoterapeuti che hanno espletato la loro attività affiancando i medici di medicina generale presso i loro studi e 3 psicologi che si occupavano della raccolta dati e del monitoraggio del lavoro.

Supervisor: Giuseppe Luigi Palma, Antonio Dell'Anna.

Referente del progetto: Ornella Gidiuli.

Medici: Antonio Antonaci (MMG, Galatina); Luigi Stifani (MMG Neviano); Antonio Vaglio (MMG Aradeo).

Psicologi-psicoterapeuti presso gli studi: Angela Antonaci, Federica Zizzari, Elisa Corrado.

Psicologi raccolta dati: Irene Stefanizzi, Antonio Giglio, Roberta Dolce.

Tale progetto è il primo in Italia che ha previsto dei finanziamenti pubblici per lo svolgimento di tale attività. La convenzione con l'Ambito è stata stipulata il 20/05/2016. A seguito di tale data si è svolto il bando pubblico con l'inizio ufficiale delle attività il 01 Marzo 2017. I primi sei mesi del progetto hanno previsto per tutti gli psicologi coinvolti attività di formazione e supervisione, incontri con i MMG dell'ambito di riferimento per verificare la disponibilità rispetto alla realizzazione della collaborazione. I 12 mesi successivi hanno visto l'espletamento delle attività nelle mansioni precedentemente indicate.

### **Metodologia**

Gli assistiti vengono informati della copresenza dello psicologo all'interno dello studio del MMG, attraverso un avviso in cui vengono specificate le modalità di svolgimento della collaborazione. Il cartello in sala di attesa, quindi, comunica l'iniziativa ai pazienti, indica il turno di presenza dello psicologo, e chiarisce la possibilità, ove lo si desidera, di essere ricevuti solo dal proprio medico. Si informano gli assistiti anche che la presenza dello psicologo non prevede da parte dell'utenza nessun compenso per la collaborazione fornita all'interno dello studio medico e che, come professionista, è tenuta alla riservatezza e al segreto professionale.

Lo psicologo presente nello studio del medico è seduto alla stessa scrivania, per un turno di ambulatorio a settimana, per i 12 mesi indicati. Lo psicologo accoglie ogni paziente insieme con il medico, ponendo attenzione al contenuto della richiesta e al modo di instaurare la relazione con il medico da parte di ogni assistito. Interviene già in questo contesto con interventi di esplorazione-chiarificazione sui problemi portati, e in generale sulla vita personale e lavorativa del paziente. Appena possibile, dopo la singola visita o in spazi appositamente concordati, chiede al medico ulteriori notizie disponibili, tenendo in considerazione che spesso si tratta di persone che

frequentano lo studio da diversi anni, per un inquadramento psicosociale dell'assistito, intercettando, ove presenti, eventuali disagi psichici allo stato iniziale insieme al MMG.

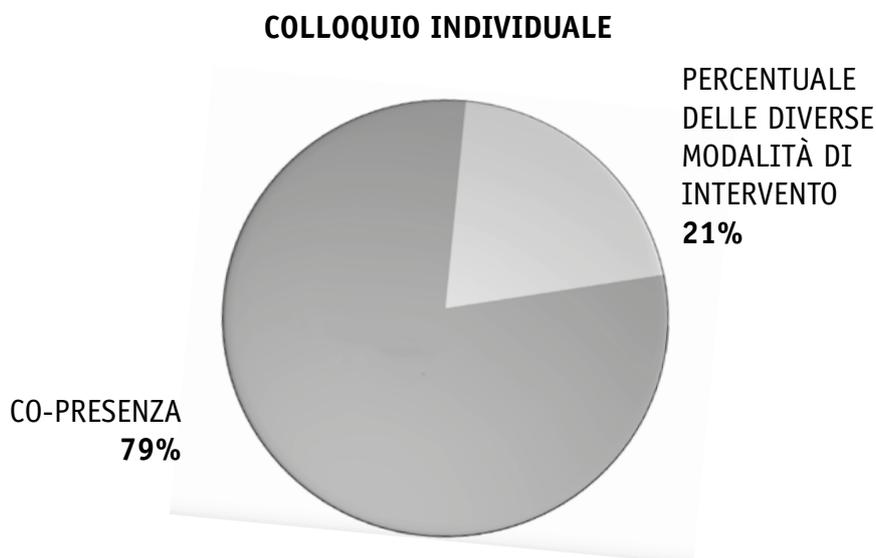
In molti casi l'intervento dello Psicologo rimane confinato all'interno della consultazione medica, nelle varie occasioni in cui capita di rivedere il paziente, o anche programmando degli appuntamenti. Nel momento in cui emerge una tematica di chiara competenza psicologica e non più soltanto fisica (ad es. un conflitto coniugale, un lutto, un problema legato all'indipendenza dell'adolescente) lo Psicologo, in accordo con il Medico, propone al paziente uno o più incontri a due, sempre all'interno dell'ambulatorio, in orari diversi dal turno in cui è presente con il Medico. A seguito di questo approfondimento, laddove emerga l'indicazione di un trattamento psicologico a lungo termine, il paziente può essere inviato ad uno specialista della Salute Mentale, presso strutture pubbliche o del privato sociale.

I singoli casi e l'andamento generale dell'iniziativa sono stati discussi in riunioni mensili, coordinate dal dott. Giuseppe Luigi Palma e dal Dott. Antonio Dell'Anna, cui partecipano tutti gli psicologi parte integrante del progetto.

### Risultati

Gli utenti che hanno usufruito del progetto presso i 3 studi medici coinvolti sono stati 280, di cui 176 utenti di sesso femminile e 104 di sesso maschile, per un totale di 322 interventi.

La maggior parte degli interventi si è svolta in copresenza (79%); nelle situazioni particolari in cui si è valutata l'opportunità assieme al medico e al paziente di uno spazio individuale con lo psicologo, per poter approfondire ciò che era emerso ed esplorare meglio gli aspetti psicosociali e relazionali del paziente, sono stati proposti interventi individuali (da un minimo di un colloquio ad un massimo di 5).



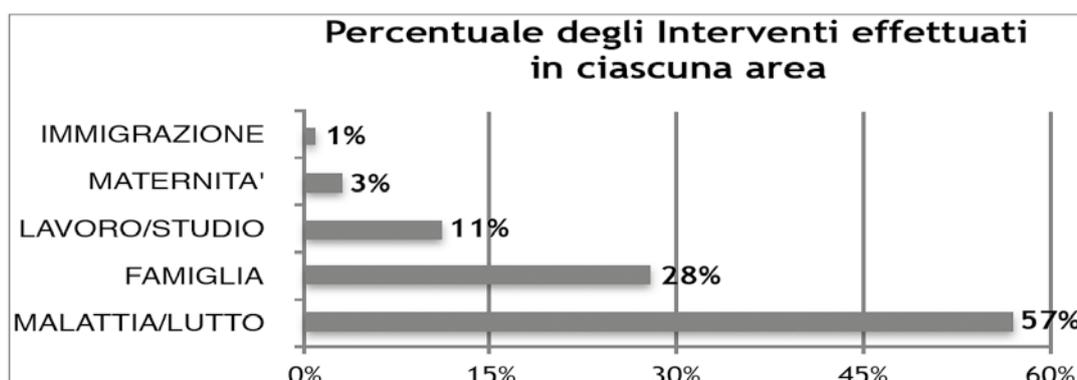
Dei 64 colloqui individuali (21%) soltanto 6 sono stati effettuati tramite richiesta diretta al medico di base di accedere al colloquio con lo psicologo senza essere preceduti dalla copresenza.

La risposta dei pazienti è stata positiva, la copresenza con le psicologhe in tutti e 3 gli studi è stata ben accolta, ha richiesto un periodo iniziale di "rodaggio", necessario soprattutto a giungere ad un livello sufficiente di sintonizzazione e di reciproca comprensione tra Medico e Psicologo. La maggior parte dei pazienti ha dimostrato di apprezzare l'iniziativa. Infatti, solo 3 pazienti, nei 12 mesi di progetto, hanno richie-

sto di essere ricevuti dal solo medico (va specificato che queste specifiche situazioni richiedevano una visita fisica più approfondita e la richiesta potrebbe essere stata dovuta ad un imbarazzo legato al genere della psicologa, più che ad un rifiuto del ruolo o della presenza).

Nei 12 mesi di progetto, dei 280 pazienti solo 18 sono stati gli invii verso un servizio di Salute Mentale, questo per confermare che la maggior parte delle situazioni si risolve all'interno della copresenza con il medico (79%), o nel rapporto a due con il paziente, nei termini di trovare un senso alle difficoltà e ai disturbi portati, promuovendo le risorse personali già possedute, accompagnando nei passaggi evolutivi ed evitando un'acutizzazione o la cronicità di alcuni aspetti. È, quindi, evidente che l'obiettivo non è "psichiatrizzare" la popolazione (Solano, 2015), inoltre, se si considera l'esiguo numero di invii non si sovraccaricano i servizi territoriali con richieste inappropriate ed elevate.

#### AREE DI DISAGIO PSICOSOCIALE



Per descrivere e dare una panoramica generale del tipo di disagio rilevato sul totale degli interventi effettuati, sono state utilizzate le aree del disagio psicosociale (Solano, 2013) utilizzate anche per le esperienze del Lazio, come la difficoltà nell'affrontare o gestire le malattie, o la paura di esse. A seguire la tematica coinvolta riguarda l'area della Famiglia con il 28% degli interventi.

Nell'ultimo mese sono stati somministrati dei questionari di gradimento, sebbene il numero raccolto sia esiguo a causa del tempo ristretto (29 questionari), le informazioni raccolte sono state significative anche perché sono confermate dai vissuti dei medici partecipanti così come sono state riferite a voce dai pazienti che hanno usufruito del servizio pur non avendo compilato il questionario.

Il questionario è stato compilato in forma anonima.

La DOMANDA 1 ha misurato quanti utenti hanno usufruito della collaborazione tra mmg e psicologo e con che frequenza. Sebbene con una frequenza differente, il 94% degli utenti che hanno compilato il questionario si è avvalso almeno una volta della collaborazione. Il che ci permette di affermare che la quantità di persone che si raggiunge e che si trova almeno per una volta di fronte ad un ascolto anche psicologico è nettamente superiore a qualsiasi altro dato. Alcune di queste persone non sarebbero mai state in grado di formulare una domanda autonoma in tal senso, per timore di uno stigma sociale, per motivi economici, ma diremmo soprattutto per un vissuto di estraneità culturale. Si pensi, inoltre, che l'effettiva collaborazione ha avuto durata annuale e che un servizio di questo tipo nel tempo permetterebbe un'azione preventiva su quasi tutta la popolazione.

La DOMANDA 2 ha calcolato, secondo i pazienti, l'utilità della presenza dello psicologo accanto a quella del medico. Nessuno ha ritenuto che questa presenza sia stata inutile, e solo il 3% l'ha ritenuta poco utile, il 72% l'ha valutata molto utile e il 25% abbastanza. Questo dato ci conferma non solo che la copresenza è stata ben accolta ma che si è compresa la specificità della funzione dello psicologo rispetto al medico. La DOMANDA 3 e la DOMANDA 4 rilevavano la qualità dell'esperienza nel vissuto del paziente: il 96% si è sentito a suo agio nella relazione con lo psicologo a dispetto del 4% che ha provato disagio e l'83% pensa che questa esperienza sia stata positiva insieme al 17% che la ritiene positiva sebbene con delle riserve.

Con la DOMANDA 5 i pazienti indicano nella totalità (100%) che fruire del progetto è un'azione che consiglierebbero ad altri. Così come la totalità dei pazienti che hanno compilato il questionario (100%) alla DOMANDA 7 ritiene che questo tipo di servizio debba essere riproposto nei prossimi anni.

Gli stessi medici il 10 maggio 2018 nel workshop, tenutosi per tirare le somme sull'attività svolta ed esprimere le considerazioni personali degli attori coinvolti in un clima di scambio e di lavoro, avevano espresso parere favorevole ed entusiasta riferendo una soddisfazione da parte dei pazienti e una ricerca della presenza dello psicologo nello studio. Infatti, la DOMANDA 6 determina che il 63% giudica come molto positiva e il 64% come molto utile la collaborazione professionale tra mmg e psicologo.

Un'ulteriore testimonianza dell'apprezzamento da parte dei pazienti e dei medici coinvolti è la richiesta da parte di entrambi alle psicologhe di trovare una modalità di proseguire con l'attività. Questo oltre ad essere gratificante rispetto alla qualità del servizio offerto e della proposta progettuale presentata, ci dà un'informazione culturale importante rispetto alla professione dello psicologo, ossia che lo stigma sociale può ridursi e che lo stereotipo e il pregiudizio legato alla funzione dello psicologo si può modificare, con un effetto preventivo a vantaggio di tutta la popolazione.

Nel tempo, l'esperienza nel territorio dell'Ambito Sociale Territoriale di Galatina, come quelle realizzate grazie al tirocinio degli specializzandi in Psicologia della Salute, hanno confermato che la semplice presenza dello psicologo nello studio di Medicina Generale, evidentemente accettata e organizzata dal medico, ha modificato in modo sostanziale le aspettative dei pazienti su quali argomenti si potessero portare e discutere in quella sede e quindi la loro disponibilità ad approfondire tematiche non legate solo ai sintomi fisici. Inoltre i pazienti si sono sentiti incoraggiati a narrare la storia dei loro disturbi, anche se di lunga data, in un modo diverso, con l'aggiunta di nuovi elementi, non solo per il diverso ruolo professionale della nuova figura, ma anche per la presenza comunque di un "terzo" nel rapporto medico paziente. I medici spesso hanno affermato di sentire l'atmosfera dello studio "alleggerita". Alleggerita, possiamo ipotizzare, dal peso di una relazione strettamente duale. Il punto di svolta rispetto alla relazione medico-psicologo è stato non sentirsi più come due professionisti seduti dietro la stessa scrivania, ma un team multidisciplinare.

Nello specifico, la figura dello psicologo insieme al medico di medicina generale è apparsa particolarmente adatta per la tendenza ad approcciare le situazioni in termini di problemi da risolvere e non di patologie da identificare, e sulle quali intervenire soprattutto in termini di promozione della risorse personali.

## Considerazioni e conclusioni

Il lavoro congiunto medico di base/psicologo appare efficace nel fornire ai pazienti la possibilità di esplorare e chiarire il significato di disturbi fisici o di altri problemi portati all'attenzione del medico.

C'è, inoltre un costante e dinamico dialogo di due figure professionali che intrecciano i loro saperi e le loro conoscenze mettendosi al servizio della persona e offrendo un servizio che si occupa di corpo e mente. In questo modo, viene restituita al paziente una visione di sé più completa e integrata.

La presenza dello psicologo all'interno dello studio modifica il vecchio assetto dello studio medico, porta a cambiamenti nella relazione con il paziente e permette nuove narrazioni, sia quelle dei pazienti ma anche quello del medico che si trova a rinarrare anche a se stesso la storia del paziente, offrendosi nuove letture possibili.

Nello stesso tempo, lo psicologo vive nel riflesso della fiducia che ogni paziente attribuisce al proprio medico di base. È grazie al mandato di rispetto e considerazione costruito nel tempo nella relazione medico-paziente che la figura dello psicologo viene accolta con meno pregiudizio.

In sostanza, si è venuta a creare una base comune tra MMG e psicologo, fatta di rispetto, fiducia, stima e complicità. Da una parte lo psicologo ha avuto la possibilità di farsi accettare meglio dai pazienti in quanto ha tratto vantaggio dall'autorevolezza della professione medica; dall'altra il medico ha trovato sostegno adeguato per quei pazienti per i quali una reiterazione di soluzioni esclusivamente mediche avrebbero potuto portare, con il tempo, ad una cronicizzazione delle problematiche.

Questi due aspetti hanno condotto il paziente a sentirsi più autorizzato a parlare in modo più ampio di sé e dei suoi vissuti emotivi, hanno favorito una maggiore disponibilità a percepire il proprio disagio e ad affrontarlo senza etichettamenti. È stato possibile inquadrare il sintomo non solo come qualcosa da eliminare ma come un segnale d'allarme, un movimento evolutivo, un attivatore di risorse rispetto ad una situazione di vita molto problematica e insoddisfacente, e questo è stato un segnale di efficacia della presenza dello psicologo all'interno degli studi medici. La quotidianità della presenza dello psicologo ha permesso una riduzione dello stigma sociale, inducendo con il progredire del tempo gli stessi assistiti a richiedere la presenza dello psicologo anche a termine del progetto, facendo nascere l'idea nei medici di un servizio da poter offrire a loro carico.

È stato possibile rendere più consapevoli quei pazienti che, come la letteratura dimostra, esprimono le loro difficoltà in forma somatica.

La maggior parte delle persone incontrate non avrebbe cercato un sostegno psicologico, considerando il ricorso ad uno psicologo una possibilità lontana, nonostante magari una consapevolezza del disagio. Invece è sembrato via via più naturale rivolgersi allo psicologo presente, disponibile per tutti i pazienti.

Sapere che lo psicologo è presente nello studio per un tempo prolungato, poterlo incontrare più volte anche a distanza di mesi, ha dato la possibilità ad ogni paziente di avvicinarsi a questo ruolo professionale con i propri tempi, e allo stesso tempo allo psicologo la possibilità di seguire nei mesi gli sviluppi e gli esiti delle varie situazioni incontrate. Il paziente sa dove incontrare lo psicologo qualora lo desideri, avendo, in questo modo, la possibilità di utilizzare anche in futuro, qualora vi fosse un momento complesso o delicato, uno strumento/aiuto adeguato per superare una fase difficile della vita.

\* Psicologo psicoterapeuta [giuseppeluigi.palma@gmail.com]

\*\* Psicologa psicoterapeuta [e.giannaccari@gmail.com]

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical Publishing Co. Ltd. trad. it. *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli, 1961.

Carollo, M., & Bogoni G. (2013). *Il servizio di psicologia delle cure primarie alla Persona, tra medicina di gruppo e équipe psicologica: l'esperienza all'UTAP del Comune di Carmignano di Brenta*. Intervento al Convegno Ordine Psicologi del Veneto: *Lo Psicologo del Territorio*, Padova, 9 Novem-bre.

Clark, D.M. (2011). *Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience*. *International Review of Psychiatry*, 23, 375-384. DOI: 10.3109/09540261.2011.606803

Derksen, J. (1982). *Psychologische hulp in de eerste lijn* [Psychological care in the first line]. Nelissen,

Baarn, the Netherlands.

Derksen, J. (2009). Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 493-501. Falanga, R., Pillot L., (2016). Medico di Medicina Generale e Psicologo insieme nelle cure primarie. *Italian Journal of Primary Care*, 6, 43-49.

Gigantesco A., Lega I., Picardi A. Il progetto European Coordination Action for Policy Research on Mental Disorders (EPREMED) e The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed).

Katon, W. (1985). Somatization in primary care. *Journal of Family Practice*, 21, 257-258.

Magill, M.K., & Garrett, R.W. (1988). Behavioral and psychiatric problems. In R.B. Taylor (Ed.), *Family Medicine* (3rd ed., pp. 534 - 562), New York: Springer - Verlag.

Solano, L. (2011). *Dal sintomo alla persona: Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base*. Franco Angeli, Milano.

Solano, L. (2013). *Tra Mente e Corpo: come si costruisce la Salute*. Nuova Edizione, Milano: Raf-faello Cortina Editore.

Solano, L., Di Trani M., Renzi A., (2015). Offrire risposte dove emerge la domanda: lo Psicologo di Base nell'Assistenza Sanitaria Primaria. *Ricerche di Psicologia*, 244-261.

Solano, L., Pirrotta, E., Boschi, A., Cappelloni, A., D'Angelo, D., & Pandolfi, M.L. (2010a). Medico di famiglia e psicologo insieme nello studio: un nuovo modello gestionale dove il sintomo diventa attivatore di risorse? *Italian Journal of Primary Care*, 2, 93-100.

Tomassoni, M., & Solano, L. (2003). *Una Base più Sicura: esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi*. Milano: Franco Angeli.

Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, DE Girolamo G, Fayyad J, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Kessler RC, Kovess V, Levinson D, Nakane Y, Oakley Brown MA, Ormel JH, Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Chatterji S, Ustün TB. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 85-177.

Zennaro, A. (2013). Per una psicologia della cure primarie. Simposio presentato al X Congresso Nazionale SIPSA, La ricerca delle buone pratiche in Psicologia della Salute, Orvieto 10-12 Maggio.

## The primary care psychologist. The project of the Local Social Unit - Galatina

The requests addressed to the General Practitioner (GP) are often submitted at a very early stage. Solano (2015) introduces the support of a psychologist together with the GP, because requests brought to GPs, even if supported by physical symptoms, often derive from relational/existential problems. The joint work allows a more complete response to the patient's distress, also through the integration of the mutual competences, helping the formative interchange between the two specialists. The paper reports an experience implemented at Ambito Territoriale Sociale, Galatina, with the experimental project "Psicologo di base presso lo studio di Medicina Generale". This project, entailing joint, direct co-operation between GPs and psychologists, focused on the presence of a psychologist in the doctor's study during consultations.

Over a period of 18 months, this experiment involved 3 psychologists working in the doctor's study and 3 psychologists working at the collection of data. Although it required several months for adaptation, this joint collaboration appears feasible. As a result, it seems that patients welcomed the presence of the psychologist and, as expected, they took a freer approach in reporting their distress.

KEYWORDS Family medicine, psychology, primary care, General Practitioner (GP)