



Università degli Studi di Genova  
Genoa University



**DISFOR** Dipartimento di Scienze della Formazione

## CORSO DI LAUREA IN

Psicologia

“LA SALUTE È UN BENE  
CHE NON RIUSCIAMO A CAPIRE”.

IL PUNTO DI VISTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE  
SUL TEMA DELLA SALUTE.

*Relatore: Anna Zunino*

*Correlatore: Laura Migliorini*

*Candidato: Lara Artuso*

**ANNO ACCADEMICO 2022 / 2023**

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>1. MALATTIA, PERSONA E MEDICO. LA LUNGA STRADA ALLA RICERCA DI IGEA.....</b>	<b>3</b>
1.1. IL MEDICO PRE-SCIENTIFICO E LA SCIENZA MEDICA NELLA RELAZIONE-MEDICO PAZIENTE.....	4
1.2. NASCITA DEL MODELLO BIO-MEDICO.....	8
<i>Un modello diseased-centred, con un metodo clinico doctor-centred.....</i>	<i>10</i>
<i>Il colloquio disease/doctor-centred.....</i>	<i>12</i>
<i>Vantaggi e limiti del modello bio-medico.....</i>	<i>14</i>
1.3. UNA PROSPETTIVA ORIENTATA ALLA PERSONA NELLA SUA INTERESSA: IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE.....	16
<i>Valori, principi e presupposti di un modello centrato sulla persona.....</i>	<i>19</i>
<i>Uno strumento nella cassetta degli attrezzi del clinico person-centred: l'empatia.....</i>	<i>22</i>
<i>Curare con il paziente: l'alleanza terapeutica.....</i>	<i>26</i>
<i>Criticità del modello bio-psico-sociale.....</i>	<i>34</i>
<b>2. IL PUNTO DI VISTA DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SALUTE E DELL'ITALIA, SUL TEMA DELLA SALUTE.....</b>	<b>38</b>
2.1. LA SALUTE È UNO STATO DI EQUILIBRIO FRA CORPO, MENTE E CONTESTO SOCIALE.....	38
<i>One Health.....</i>	<i>44</i>
2.2. STRUTTURA E NASCITA DEL SSN IN ITALIA.....	48
<i>Lo stato dell'arte in Italia: verso One Health.....</i>	<i>51</i>
<i>Il nuovo PNRR e il DM 77-2022.....</i>	<i>55</i>
<b>3. LA RICERCA: IL PUNTO DI VISTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE SUL TEMA DELLA SALUTE..</b>	<b>59</b>
3.1. AREA DI INDAGINE, STRUMENTI, CAMPIONAMENTO.....	59
3.2. RACCOLTA E CODIFICA DEI DATI.....	60
<i>La metodologia: la Grounded Theory.....</i>	<i>60</i>
<i>La GT in pratica.....</i>	<i>63</i>
3.3. ANALISI DEI DATI E RISULTATI.....	66

<i>Le Core Categories</i> .....	67
Formazione .....	68
Dimensione biologica della salute .....	76
Dimensione psicologica della salute .....	81
Dimensione sociale della salute .....	87
Prevenzione. ....	92
Collaborazione .....	101
Case di comunità. ....	107
Rapporto medico-paziente. ....	116
Burnout.....	121
Bisogni del medico rispetto al proprio ruolo. ....	127
3.4.    DISCUSSIONE.....	132
<i>Limiti della ricerca</i> .....	138
<i>Conclusioni</i> .....	140
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>141</b>

## Introduzione.

*«L'incontro tra medico e paziente è un viaggio di scoperta  
compiuto insieme in un territorio sconosciuto<sup>1</sup>»*

L'Organizzazione Mondiale della Salute definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale.

Dal 1946 sono state stilate diverse linee guida da seguire, in tema di salute, a livello mondiale. Tali linee guida prevedono un concetto di salute e di cura centrati sulla persona piuttosto che sulla patologia.

Mai come in questo periodo storico è emersa evidente la necessità di considerare, oltre a quelle biologiche, le dimensioni psicologiche e sociali della salute.

La pandemia da Covid-19, infatti, ha rappresentato un evento critico particolarmente significativo, evidenziando lacune a livello di gestione della salute a livello territoriale, tanto che la Comunità Europea, prendendo atto dell'aumento del disagio psico-sociale della popolazione, ha deciso di allocare consistenti finanziamenti per affrontare la problematica.

Lo Stato italiano ha deciso, quindi, di destinare i fondi erogati dalla Comunità Europea per far fronte alla crisi post-pandemica riformando, in ambito di salute, l'organizzazione delle cure primarie.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) cambierà il volto della sanità italiana nei prossimi anni. La Missione Salute del PNRR prevede un rafforzamento del sistema delle cure primarie, attraverso la creazione delle Case di Comunità, intese come luoghi in cui sono garantite

---

<sup>1</sup> (Luban-Plozza, 2001)

funzioni d'assistenza sanitaria primaria e attività di prevenzione. Queste funzioni sono caratterizzate dalla presa in carico da parte di équipe multidisciplinari.

In questo panorama, un ruolo importante spetterà ai Medici di Medicina Generale e alle figure professionali con cui questi interagiranno, tra cui, auspichiamo, lo Psicologo.

Questa tesi, quindi, ha l'obiettivo di esplorare il punto di vista di alcuni medici di medicina generale liguri riguardo al tema della salute e il loro sguardo sulla collaborazione professionale con la figura dello psicologo.

Partendo da alcuni interrogativi rispetto al rapporto medico-paziente e a come il medico di base, forte di un rapporto esclusivo, declini la promozione della salute all'interno della relazione, si è ritenuto necessario partire da un'analisi dei modelli di medicina che si sono susseguiti nella storia per cercare di comprendere le esigenze che hanno spinto a orientarsi, da un modello bio-medico, verso un modello bio-psico-sociale.

Il lavoro prosegue con una descrizione delle principali tappe che l'Organizzazione Mondiale della Salute ha percorso prima di giungere al recente concetto di *One Health*, e con una breve panoramica sulle caratteristiche del Servizio Sanitario Nazionale e un accenno alle ultime proposte di legge in tema di salute.

L'ultimo capitolo riporterà i risultati di un lavoro di indagine sul punto di vista dei Medici di Medicina Generale rispetto al tema della salute e della sua tutela, per come viene intesa all'interno della relazione con il paziente.

## 1. Malattia, persona e medico. La lunga strada alla ricerca di Igea.

Igea e Panacea, nell'antica mitologia greca, erano le figlie di Esculapio, figlio di Apollo e dio della medicina.

Queste due figure erano complementari l'una all'altra: mentre Panacea era la divinità che si occupava della cura della malattia in tutte le sue forme, Igea veniva identificata come la dea della salute. Igea era colei che si occupava di educare al benessere, invitando i greci all'arte della moderazione in tutte le sue forme e indicando i corretti comportamenti da tenere per mantenere la salute.

Nel corso della storia, la scienza medica - pur non dimenticandosi, almeno sulla carta, di Igea, che peraltro viene citata nel giuramento di Ippocrate - si è occupata principalmente di Panacea: nel tentativo di comprendere e curare la malattia, ha progressivamente relegato il ruolo di Igea a un ruolo marginale.

Weston e Brown<sup>2</sup> spiegano che, come ogni tipo di professione, quella medica è stata creata all'interno di una cornice teorica che esplicita e giustifica gli obiettivi della professione stessa. Il modello cui la Medicina, nel tempo, si è maggiormente riferita è quello bio-medico.

La funzione di un modello teorico è quella di inquadrare l'oggetto del proprio interesse in una griglia interpretativa univoca e condivisa.

Perché possa essere ritenuto efficace, lo scopo del modello è quello di semplificare una realtà complessa riconducendola a fenomeni parziali che consentano di comprendere il modello stesso e di operare all'interno della sua cornice.

---

<sup>2</sup> (Weston & Brown, 1995)

In questo modo, come vedremo, con il progredire della scienza medica, si sono andati via via perdendo gli aspetti, propri della prima fase della disciplina, che riguardano la singolarità di ogni individuo, per avvicinarsi ad una teoria basata sulla generalizzazione dei risultati e centrata sulla patologia.

### **1.1. Il medico pre-scientifico e la scienza medica nella relazione-medico paziente.**

Prima dell'adozione del modello bio-medico, il lavoro diagnostico e di cura del medico era interamente svolto all'interno della relazione medico – paziente e con la relazione stessa come unico strumento. Nel corso della storia è possibile reperire indicazioni rispetto al controllo delle emozioni del medico e consigli su come generare appropriate aspettative nei pazienti, attraverso l'uso della comunicazione, verbale e non verbale.

Il medico operava il suo lavoro tramite una commistione di esperienza empirica, caratterizzata dall'osservazione di fenomeni naturali, e di suggestione magica.

La cura non era rappresentata solo dalla terapia prescritta dal medico, ma era costituita dal modo in cui egli la comunicava al paziente e dalla qualità della relazione con quest'ultimo: questo aveva il potere di influenzare la condizione della malattia e il modo del malato stesso di percepirla.

La malattia era considerata come il prodotto di forze malefiche che agivano sul malato, e il medico–stregone veniva concepito come colui che aveva la capacità di apportare forze positive e benefiche. La parola del medico era considerata come autorevole e aveva un significativo potere di convincimento.

Data la carenza di strumenti diagnostici e terapeutici, il potere della cura era nella relazione stessa: non potendo agire sulle cause organiche della patologia, il medico si prendeva cura del

paziente attraverso la relazione, entrando intuitivamente in contatto con la dimensione personale, concentrandosi sull'osservazione e sull'ascolto del paziente, agendo quindi sugli aspetti psicologici. In maniera spesso inconsapevole, non avendo strumenti per agire sulla componente organica della patologia, il medico rispondeva alle richieste emotive del paziente.

Nell'antichità la relazione tra medico, paziente e malattia aveva connotati spirituali e religiosi: in Mesopotamia, per esempio, la malattia veniva considerata una punizione divina ed era a Marduk, divinità principale della città di Babilonia, che il malato si rivolgeva nella speranza di guarire.

Il ruolo autorevole della figura del medico era quindi legato all'aspetto divino della sua professione.

Bisognerà attendere l'avvento di Ippocrate nella seconda metà del 400 a.C. per vedere la medicina inserita in un contesto razionale e sperimentale.

Ippocrate sosteneva che la malattia fosse dovuta a un disequilibrio che portava a una perdita dell'armonia del corpo. La patologia non era un qualcosa che arrivava come una maledizione dall'esterno, ma, secondo la "teoria umorale", era l'effetto del disequilibrio fra i quattro umori del corpo (sangue, flemma, bile nera e bile gialla), mentre la salute era l'equilibrio armonico degli umori in relazione alle qualità fondamentali (caldo, freddo, secco e umido), e la malattia era da ricercare nel disequilibrio degli umori e nel mutamento di una delle qualità fondamentali, dovuto a questioni climatiche, ambientali e stagionali e comportamentali (alimentazione, riposo, vita sessuale ed emotiva).

La medicina greca, quindi, era imprescindibile dal contesto naturale in cui si esprimeva la vita: per conoscere l'essere umano e le condizioni di salute e di malattia, era necessario avere conoscenze dell'ambiente, degli astri, degli elementi naturali.



La salute era una ricerca di equilibrio, e, in caso di malattia, il ruolo del medico era quello di consentire un ritorno ad un'armonia perduta.

La tecnica era data dall'esperienza e dai tentativi di cura, e l'aspetto più importante non era tanto come agire, ma quando.

Era il malato, nella sua globalità, a dover essere guarito, e non la malattia. Per questo motivo le cure, volte al recupero dell'equilibrio, venivano elargite con i farmaci, ma erano legate anche a diete e consigli di igiene fisica e mentale.

Lo sguardo che il medico utilizzava era quello della "simpatia" (dal greco "*sun pasco*", provare emozioni insieme): era previsto un contatto fisico (tocco della fronte, stretta di mano, presa del polso) ed era imprescindibile la raccolta dell'anamnesi attraverso l'ascolto del vissuto del paziente, oltre alla restituzione di una prognosi che fosse in qualche modo legata alla speranza di vita.

Il rapporto tra medico e paziente era, dunque, fisico e storico. Fisico, in quanto gli strumenti del medico erano costituiti dai suoi cinque sensi; storico, poiché era basato sulla raccolta dell'anamnesi e dell'esistenza passata e futura (per mezzo della prognosi) del paziente.

La relazione era asimmetrica, di tipo paternalistico, e vedeva il medico come detentore di conoscenza e capacità, e il malato come assoggettato ad esse.

Il modello era del tipo "attività/passività"<sup>3</sup>: l'unico soggetto attivo nella relazione, col suo sapere unidirezionale e le sue univoche decisioni era il medico, mentre il paziente era semplicemente l'oggetto passivo delle pratiche diagnostiche del professionista.

Nel corso dei secoli, con il progredire della cultura e della conoscenza scientifica, il rapporto medico – paziente si è modificato.

---

<sup>3</sup> (Szasz & Hollender, 1976)

Durante il Medioevo e il Rinascimento, anche a causa dell'influenza del Cristianesimo, il ruolo della malattia e del medico subirono diversi mutamenti.

La malattia era vista come una condizione naturale dell'uomo, e il medico come colui che, inducendo il paziente a pregare, salvava l'anima del paziente, in un rapporto di tipo caritatevole.

La pratica medica si configurava come una vocazione, una missione (visione ancora oggi in parte conservata). Questa prospettiva contribuì a prolungare l'adozione del modello paternalistico.

Per molto tempo, gli unici strumenti di cura del medico erano legati ai salassi, dispositivo fondamentale nella prospettiva umorale.

Il lavoro del medico veniva svolto spesso senza nemmeno la visita al paziente e non raramente prevedeva la terapia dell'evacuazione, perseguibile tramite strumento chirurgico (l'apertura di una vena tramite una lama per consentire la fuoriuscita di una libbra di sangue) o medico (tramite l'ausilio di purghe, pozioni e diuretici atti ad aiutare il paziente ad evacuare la malattia tramite intensa sudorazione, salivazione o diarrea). Presto i pazienti cominciarono a rendersi conto di quanto stessero meglio senza l'intervento del medico e a prediligere rimedi domestici e preparati con le erbe. Il medico passava quindi da essere considerato autorevole oracolo, all'essere schernito e deriso (un esempio in questo senso lo possiamo ritrovare nelle opere di Molière).

Con l'avvento dell'Illuminismo, il sapere scientifico cominciò a popolarsi di teorie sempre più fondate da un punto di vista scientifico, seppur senza emanciparsi totalmente dall'utilizzo di modelli eziopatogenetici e terapeutici fondati su credenze religiose e sulla superstizione.

Il nuovo tecnicismo della scienza medica, fondata sulla classificazione del corpo e sulla ricerca di nuove terapie, portò i medici ad allontanarsi con disprezzo dalla dimensione magica della medicina fino ad allora conosciuta, considerata cialtroneria, e a posizionarsi in una cornice

biologica e organica, dove le cause della malattia potessero essere individuate e verificate e le terapie efficaci e controllabili.

La medicina positivista portò, così, il medico a concentrarsi più sulla malattia che sul malato. In questo senso sono interessanti le riflessioni Claude Bernard<sup>4</sup>, che identificava nel laboratorio, e non più nell'uomo, il vero santuario della scienza medica, e di un famoso internista tedesco di cui Lain Entralgo<sup>5</sup>, riporta il contributo, che riteneva come perso il tempo passato a parlare con il malato.

L'utilizzo di strumenti sempre più scientifici ed obiettivi spostò l'attenzione dei medici dalla testimonianza del malato ad una valutazione oggettiva degli indicatori di malattia. Il malato assunse, così, una posizione di attesa, passiva e acritica, delle decisioni tecniche del medico, e comparve la denominazione di "paziente". In questo panorama, le dinamiche comunicative e relazionali furono tra *«le prime vittime sacrificate dalla medicina scientifica in onore di una scientificità positivistica»*<sup>6</sup>.

## **1.2.Nascita del modello bio-medico.**

La nascita del modello bio-medico è, per tradizione, collocata nel XVII secolo, ed è legata, in particolare, alla formulazione della teoria cartesiana del dualismo.

Cartesio, filosofo e matematico del 1600, formulò una separazione tra mente e corpo che diede il via alla teoria dell'uomo-macchina.

---

<sup>4</sup> Claude Bernard (1813-1878), fisiologo francese, è considerato il padre della medicina sperimentale

<sup>5</sup> (Lain Entralgo, 1978)

<sup>6</sup> (Cavicchi, 2000)

Da questo momento prese avvio la disumanizzazione del corpo dell'uomo che, distinto dalla dimensione spirituale, assunse la connotazione di una macchina.

Questo portò due principali conseguenze:

- 1) La macchina uomo può, ora, essere studiata in una cornice di meccanismi di causa-effetto che, sebbene molto complicati, hanno il vantaggio di essere meccanici e quindi comprensibili e prevedibili. Sarà questa capacità predittiva - resa possibile dai processi meccanici che interessano tanto il corpo malato quanto quello sano - che rappresenterà la più grande forza del modello biomedico.
- 2) Le scienze umane vengono bandite dalla medicina, permeata di processi di oggettività e replicabilità e non interessata allo spirito che occupa il corpo malato. La distinzione tra corpo e spirito è la miglior garanzia per gli studi anatomo-patologici, che rappresentano la base di ogni studio effettuato sul corpo umano.

Non saranno solo i contributi dei filosofi a sancire la nascita di questo modello secolare, ma anche quelli dei clinici.

In particolare, possiamo ritrovare il contributo di Thomas Sydenham, il quale affermò che *“ la natura produce delle malattie agendo con uniformità e costanza al punto che, per la stessa malattia in persone diverse, i sintomi sono per lo più gli stessi, e che si possono osservare fenomeni identici nel male di un Socrate o di uno sciocco ”*<sup>7</sup>, e che nella descrizione di una malattia bisognava distinguere quelli che erano i sintomi costanti della malattia da quelli che dipendevano dal soggetto malato, quali per esempio età e temperamento. Secondo il clinico inglese, era necessario che lo sguardo del medico si distanziasse dal malato per concentrarsi esclusivamente sulla malattia.

---

<sup>7</sup> (Grmeck, 1996)

L'avvento dell'era della tecnica e della scienza, tra il Settecento e l'Ottocento, arricchì il modello bio-medico attraverso l'esplicitazione del metodo scientifico e del suo carattere ripetibile ed oggettivo, che confermò che la malattia aveva carattere riconducibile ad aspetti fisici e sensibili.

Già nel 1800, dunque, gli scopi della medicina erano delineati come li conosciamo oggi: descrivere la malattia tramite determinismi biologici, riconoscerla grazie allo studio dei sintomi che si manifestano a livello corporeo, e combatterla.

L'unica reale modifica al paradigma degna di nota, inserita nel '900, tolte le conquiste date dal progresso tecnologico e scientifico, fu la creazione della metodologia dello studio sperimentale, attraverso cui le acquisizioni della medicina possono essere verificate.

Tramite questi nodi della storia, possiamo, quindi, ricostruire quelle che sono le basi della medicina moderna e del modello *disease-centred* che la caratterizza.

### **Un modello *diseased-centred*, con un metodo clinico *doctor-centred*.**

Il modello biomedico, che si avvale di strumenti deterministici e probabilistici, è un modello riduzionista che definisce quale sia l'oggetto della medicina e quali i processi applicativi della stessa, con lo scopo di indagare i fenomeni empirici della malattia e di conoscere gli stessi in modo oggettivo e riproducibile.

Tale modello si rifà alla disciplina scientifica della biologia molecolare<sup>8</sup>, fornendo una definizione chiara dell'oggetto di indagine e degli scopi che dovrebbero interessare ogni intervento sanitario.

---

<sup>8</sup> (Engel, 1977)

In questo senso la malattia viene definita come un'alterazione della norma di variabili biologiche, somatiche e misurabili<sup>9</sup>.

In questo contesto il ruolo del medico è quello di definire la presenza di una patologia, tramite corretta diagnosi, e di intervenire con una terapia clinica di comprovata funzionalità scientifica, mentre quello del malato è limitato all'osservanza docile della prescrizione.

Il "Paziente", in tutti i sensi del termine, recepisce le indicazioni del medico all'interno di un rapporto paternalistico e di un affidamento fiduciario.

Il suo compito è quello di osservanza della prescrizione terapeutica, in un'alleanza che si esplica negli effetti benefici della terapia. Al contraente dell'alleanza, il paziente, vengono poste le condizioni per la guarigione, che accetta, riponendo la propria fiducia in colui che concede l'alleanza, il medico, il cui ruolo è quello di traghettatore verso la salvezza, vale a dire la guarigione.

L'oggetto di indagine di questo modello diventa, quindi, la malattia, definita in termini puramente biologici, in una prospettiva *disease-centred*.

Questo modello permea tutta la medicina: dalla ricerca alla formazione degli operatori e all'organizzazione della risposta sanitaria, fino a concretizzarsi nei significati culturali della scienza medica, influenzando la visione sociale della medicina e del metodo clinico<sup>10</sup>.

Così come la malattia è al centro del modello, nella pratica clinica che sottostà al modello stesso è il medico l'esperto della malattia biologicamente intesa. In questo senso, dunque, gli attori principali della medicina sono la malattia e l'esperto della malattia: si configura, così, non solo un modello *disease-centred*, ma anche una pratica clinica *doctor-centred*. In quanto unico depositario di conoscenza, infatti, il medico è colui che interpreta il sintomo seguendo un andamento solo a lui

---

<sup>9</sup> Ibidem

<sup>10</sup> (Moja & Vegni, 2000)

noto: avvalendosi delle competenze acquisite, cerca particolari segni e sintomi delle malattie, li analizza tramite i referti delle indagini diagnostiche, e, infine, decide come procedere al trattamento. Solo il medico, di fronte all'oggetto "malattia", è in grado di identificarla e prescrivere il rimedio più adatto a superarla.

In questa cornice, l'unico ruolo del paziente è quello di portatore di malattia, detentore delle informazioni necessarie al medico per eseguire la sua indagine e ricettore passivo delle indicazioni mediche.

### **Il colloquio disease/doctor-centred**

Durante la fase di ascolto dell'anamnesi è il medico ad avere un ruolo dominante, accogliendo, recependo e filtrando le informazioni tramite uno sguardo volto ad intercettare solo quegli elementi che si connettono a un'ipotesi di tipo biologico, eliminando tutti quegli elementi che sono privi di questa connotazione. Il punto di vista del paziente sulla malattia e sul suo essere malato sono svuotati d'importanza e considerati un impedimento al processo diagnostico<sup>11</sup>.

Le informazioni ricevute dal paziente non sono oggetto di rielaborazione o scambio: servono solo a permettere al medico di seguire il proprio processo diagnostico.

Anche il dialogo, quindi, è *doctor-centred*, in quanto è moderato interamente dal medico, che gestisce il controllo dell'evoluzione degli scambi comunicativi in termini sia qualitativi sia quantitativi: qualitativi, poiché è il medico a decidere quali informazioni ricevute dal paziente siano considerabili come degne di valore, ed è lui a guidare l'intervista; su un piano quantitativo, in quanto è il medico che decide la quantità di informazioni di cui necessita, moderando la

---

<sup>11</sup> (Butler, Champion, & Cox, 1992)

comunicazione con l'ausilio di specifiche domande (spesso chiuse). Lo spazio del paziente risulta presto confinato a risposte monosillabiche che hanno il solo scopo di confermare/smentire l'ipotesi del medico.

Questo tipo di colloquio, quindi, lascia poco spazio all'esperienza della malattia del paziente e al suo bisogno di comprensione di ciò che gli sta accadendo, e di rassicurazione per ciò che accadrà: i suoi pensieri, le sue emozioni, le sue idee e le sue preoccupazioni sono messe da parte, a vantaggio di un'analisi funzionale dei suoi organi<sup>12</sup>.

Nella cornice biomedica, dunque, il rapporto medico-paziente ha una connotazione di dipendenza da parte del paziente nei confronti del medico. In questo rapporto il paziente delega la gestione della propria malattia e della propria salute interamente al medico, che, a sua volta, sembra essere investito di illimitati poteri e responsabilità<sup>13</sup>.

Il luogo dell'incontro, che dovrebbe essere luogo di costruzione di un'alleanza terapeutica basata non tanto sull'individuazione della malattia, quanto sulla comprensione ed elaborazione dell'esperienza del malato<sup>14</sup>, si trasforma in un rapporto "medico-malattia". Viene dimenticata la dimensione soggettiva della relazione, le implicazioni emotive e gli orizzonti di significati che la relazione stessa possiede per i protagonisti<sup>15</sup>.

Il colloquio *doctor-centred* segue due principi fondamentali<sup>16</sup>:

- 1) Gli scambi hanno origine sempre dal medico e dai suoi schemi di riferimento, e raramente la risposta del paziente porta a un rilancio della comunicazione. Il controllo della comunicazione è sempre nelle mani del medico;

---

<sup>12</sup> (Cassel, 1985)

<sup>13</sup> (Palmieri, 1997)

<sup>14</sup> (Bertolini, 1994)

<sup>15</sup> (Rezzara, 1997)

<sup>16</sup> (Byrne & Long, 1976);



- 2) Il contenuto degli scambi è sempre riconducibile al carattere biologico della patologia.

Il modello bio-medico non solo costituisce la base del metodo clinico, ma ha gettato le basi per quella che è la rappresentazione culturalmente condivisa della medicina, della malattia e dell'approccio alla stessa. Oggi è persino difficile immaginare un modello che abbia connotazioni diverse: è difficile immaginare che il medico possa approcciare alla cura e alla malattia in un modo diverso da quello prescritto dal modello bio-medico.

### **Vantaggi e limiti del modello bio-medico.**

Il primo significativo vantaggio portato dalla prospettiva biomedica è quello di aver permesso concretamente di curare le malattie.

Mai come oggi, i clinici hanno a disposizione una serie di strumenti tecnico-scientifici, chirurgici, farmacologici e comportamentali per prevenire e curare le patologie.

Esistono numerosi altri vantaggi, da un punto di vista teorico, che contraddistinguono questo modello<sup>17</sup>:

- *Semplicità*: l'evento malattia è analizzato attraverso la sua scomposizione in elementi minimi che lo costituiscono e lo esauriscono; l'approccio biologico consente la riduzione di un fenomeno complesso qual è la malattia a un rapporto semplificato di causa (biologica)-effetto (patologico);

---

<sup>17</sup> (McWhinney, 1993)

- *Predittività*: la malattia è l'effetto di una causa biologicamente identificabile che si ripresenta in soggetti diversi: la costanza dei rapporti di causa-effetto consente al medico non solo di diagnosticare malattie, ma anche di indicarne la prognosi;
- *Chiarezza del metodo clinico*: sono indicati non solo i macro-obiettivi della medicina (identificare le patologie e trattarle), ma soprattutto sono esplicitati in modo preciso gli obiettivi che il medico nella consultazione deve raggiungere e i passi che deve effettuare per raggiungerli;
- *Verificabilità 1*: l'approccio anatomico-patologico garantisce la possibilità di verificare la diagnosi clinica;
- *Verificabilità 2*: la chiara e semplice identificazione dell'oggetto di pertinenza della medicina consente la verifica di ipotesi attraverso il disegno sperimentale;
- *Insegnabilità*: il metodo clinico – all'interno delle università – è oggetto di insegnamento e di apprendimento.

Questi aspetti costituiscono la struttura portante del modello bio-medico, che si configura come una struttura irrinunciabile dal punto di vista della cura, data la sua solidità sul piano scientifico.

Tuttavia, tra i limiti, possiamo notare tre aspetti fondamentali, che costituiscono il contrappeso negativo agli aspetti positivi del modello. Tali aspetti sono stati battezzati da Ivan Illich come “fenomeno di controproduttività scientifica”<sup>18</sup>:

- *Disumanizzazione*: deriva da presupposti positivi, e necessari alla medicina, del modello bio-medico. L'astrazione, necessaria, della scienza medica dalla dimensione magica della

---

<sup>18</sup> (Illich, 1977)

medicina antica, ha portato via via ad un allontanamento sempre maggiore della medicina dal malato, arrivando a costituire uno dei punti deboli del modello;

- *Parcellizzazione*: è la naturale conseguenza dell'eccessiva semplificazione, che porta ad una parcellizzazione del malato nei suoi diversi organi e apparati. L'iperspecializzazione diagnostica e terapeutica relativa a un solo organo è utile a identificare i processi di causa-effetto, ma fa perdere di vista l'intero, rischiando di cadere nel semplicismo;
- *Ipermedicalizzazione*<sup>19</sup>: è la tendenza a leggere i fenomeni in chiave medico-biologica anche quando non lo sono, a causa della mancanza di alternative al modello stesso. Questo ha portato alla medicalizzazione di fenomeni di malessere anche se essi non sono riconducibili a cause di natura organica, e quindi non affrontabili dal modello biomedico<sup>20</sup>.

### **1.3. Una prospettiva orientata alla persona nella sua interezza: il modello bio-psico-sociale.**

L'enfasi posta dal modello bio-medico sulla componente biologica della malattia, porta a escludere i fattori emotivi del paziente, la sua visione di malattia e di salute, la sua capacità soggettiva di tollerare le frustrazioni e il suo sentimento di autoefficacia.

Questo riduzionismo porta il paziente a un rapporto di dipendenza dal medico che, però, non sempre è accettato: l'esclusione della dimensione soggettiva dalla relazione di cura può portare il malato a comportamenti di rifiuto e di non *compliance* alla prescrizione medica, o ad una sottovalutazione della stessa<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> (Conrad, 1992)

<sup>20</sup> (Illich, 1977); (McKeown, 1978); (Ongaro Basaglia, 1982)

<sup>21</sup> (Becker M. H., 1985)

Per superare queste problematiche, Engel propone un approccio olistico all'esperienza di salute e malattia, affermando che *«benché esistano motivi importanti per cui un particolare processo patologico debba essere definito e chiarito come entità a sé stante, l'obiettivo finale deve essere sempre quello di analizzare il processo in quanto parte dell'esperienza individuale della malattia»*<sup>22</sup>.

Tale approccio si propone di mantenere invariato il ricorso e l'apporto delle conoscenze scientifiche proprie del modello bio-medico, allargando l'oggetto di indagine all'inclusione della dimensione emotiva e dei bisogni propri del paziente.

Una medicina orientata alla persona nella sua interezza. che *«metta da parte il paziente e permetta al medico di conoscere l'uomo portatore di un problema»*<sup>23</sup>.

In questa prospettiva, la malattia non è più una mera entità biologica, ma viene valutata quale fenomeno "psico-antropologico"<sup>24</sup>, secondo il quale *«l'individuo della specie sapiens, del genere homo, della famiglia degli ominidi, dell'ordine dei primati, della classe dei mammiferi, è un essere bio-psico-sociale»*<sup>25</sup>.

Secondo Engel, che si ispira alla teoria generale dei sistemi di Von Bertalanffy<sup>26</sup>, il modello bio-psico-sociale può rappresentare una proposta correttiva dell'eccessivo riduzionismo del paradigma biomedico, integrando il sistema biologico proprio della malattia e dei suoi effetti sull'organismo, con aspetti inerenti il sistema psicologico, che tiene conto delle componenti emotive e psicologiche del paziente, e aspetti propri del sistema sociale, che evidenzia gli atteggiamenti e le credenze culturali e ambientali relative alla malattia.

---

<sup>22</sup> (Engel, 1977)

<sup>23</sup> (Bellomo, 2004)

<sup>24</sup> (Caporale, 2012)

<sup>25</sup> (Castaldo, 2013, p. 165)

<sup>26</sup> (Von Bertalanffy, 1950)

In questa prospettiva, la malattia non è più vista solo come un fenomeno morboso biologicamente comprensibile, come un guasto al corpo-macchina, ma come un avvenimento che coinvolge tutte le dimensioni dell'uomo in quanto unità inscindibile<sup>27</sup>.

Il modello bio-psico-sociale permette di intraprendere un viaggio nel trattamento della malattia, percorrendo una strada che si articola tra scienza della natura e le scienze umanistiche, utilizzando come strumenti la narrazione e l'approccio olistico, orientato alla comprensione dello spirito umano, del primato del malato sulla malattia e dell'unicità di ogni incontro che il medico avrà con il singolo paziente<sup>28</sup>.

Questo modello sistemico prende in carico il modo in cui gli elementi intra-psichici interagiscono tra di loro<sup>29</sup>.

Applicare questo modello consente di spostare il ruolo del paziente da oggetto passivo ad agente attivo, con il potere di intervenire per predisporre condizioni adeguate al proprio benessere.

Così come il dualismo cartesiano era alla base del modello bio-medico, il modello bio-psico-sociale assume come riferimento la Teoria generale dei sistemi. È in questa cornice di riferimento che nasce la teoria ecologica di Brofenbrenner<sup>30</sup>, che ha favorito il collegamento tra scienze fisiche, filosofiche e psicologiche, grazie alla teorizzazione di un modello ecologico globale di sviluppo, in cui l'organismo umano è compreso all'interno di sistemi più ampi:

- *Microsistema*: famiglia, luoghi di lavoro, scuola, amici;
- *Mesosistema*: tutti gli altri sistemi con cui si interagisce nella vita quotidiana;
- *Ecosistema*: agenzie governative, sistema economico, organizzazioni religiose;
- *Macrosistema*: cultura, convinzioni comuni, aspettative sociali.

---

<sup>27</sup> (Colombo & Rebughini, 2006); Mangone, 2013

<sup>28</sup> (Familiari, 2012)

<sup>29</sup> (Caporale, 2012)

<sup>30</sup> (Brofenbrenner, 1979)

Le nuove teorie ecologiche, caratterizzate da equilibrio, autopoiesi e sistemi auto-organizzanti, hanno fornito una visione della vita come rete di sistemi viventi<sup>31</sup>.

La persona non è più un sistema chiuso e statico, ma un sistema aperto e in continua evoluzione grazie alla relazione reciproca e scambievole con l'ambiente circostante.

Uno degli aspetti più importanti di questo modello è lo spostamento del focus da un concetto oggettivo di salute a uno soggettivo di "ben-essere" o "bene-stare".

Questo significa che, per stare bene, debba esserci equilibrio tra i vari sistemi che compongono la realtà ecologica, e quindi stare bene secondo parametri oggettivi (quali la salute fisica, l'istruzione, il reddito, le condizioni abitative) e secondo parametri soggettivi (quali, per esempio, l'auto-efficacia, il senso di appartenenza e fiducia, la qualità delle relazioni sociali)<sup>32</sup>.

Allo stesso modo, la malattia non viene più definita solo attraverso aspetti clinici, ma anche sociali e ambientali, e l'incontro con il medico diventa occasione di promozione di un processo di responsabilizzazione e consapevolezza nell'utente, per prevenire l'insorgenza di future patologie.

### **Valori, principi e presupposti di un modello centrato sulla persona.**

Secondo Saba<sup>33</sup>, le caratteristiche di una cornice bio-psico-sociale agiscono su diversi presupposti:

---

<sup>31</sup> (Brofenbrenner, 1979); (Von Bertalanffy, 1968);

<sup>32</sup> (Caporale, 2012)

<sup>33</sup> (Saba, 2002)

- Contesto di salute e malattia: essendo la malattia concettualizzata come una problematica insorta a livello di intersezione dei vari sistemi, il contesto sociale e personale in cui si sviluppa la malattia diventa di interesse centrale;
- Sviluppo di malattie e patologie: piuttosto che ricercare e identificare una singola causa di malattia, si presume che molteplici fattori abbiano creato il contesto per la malattia, senza che vi sia un singolo aspetto più responsabile degli altri per l'insorgenza della malattia stessa;
- Ambito e metodologia di indagine: l'ambito di indagine diventa l'ampiezza e la profondità dei contesti sociali vissuti dal malato. Il clinico bio-psico-sociale inizia il proprio lavoro di indagine con la comprensione dei sintomi all'interno del contesto in cui si sono sviluppati. A differenza dell'approccio bio-medico, secondo cui si identificano le caratteristiche, si categorizzano i sintomi e si fa la corretta diagnosi, nel modello bio-psico-sociale le lenti che orientano l'indagine sono le interazioni, i legami e le relazioni;
- Sistema relazionale come paziente: un individuo fa parte di una rete di relazioni, rappresentate da famiglia, gruppo amicale e comunità. Ed è questa rete di relazioni più intime che viene considerata come l'unità di cura. Il concetto di paziente si espande e si contrae a seconda delle persone coinvolte in quella particolare problematica in un determinato momento;
- Rete di cura: l'approccio bio-medico, spesso, prevede l'invio del paziente a diversi specialisti, senza alcun coordinamento tra questi. L'approccio bio-psico-sociale, invece, prevede la creazione di un gruppo multidisciplinare che ha, come fine ultimo, la promozione del benessere del paziente, obiettivo da raggiungere con un lavoro sinergico e di costante

condivisione. È nella relazione tra professionisti che si ritrova la cura, e non nell'applicazione di conoscenze scientifiche sulla malattia;

- Operatore in quanto persona: proprio perché questo modello non prescinde dalla visione olistica dell'essere umano, l'operatore è inestricabilmente legato al processo di diagnosi e cura. Ogni singolo operatore apporta risorse particolari alla relazione. I professionisti della salute hanno modelli personali di cura che orientano le loro decisioni cliniche<sup>34</sup>. Questi modelli si sono sviluppati attraverso l'esperienza familiare, formativa e clinica, e attraverso le interazioni tra l'operatore e i sistemi che compongono il suo contesto;
- Storie e significati: la mitologia, la creazione di mappe e la costruzione di modelli, da parte del paziente, sono tentativi di riempire di significato le esperienze della vita che sembrano confuse e misteriose, proprio come, ad esempio, l'esperienza della malattia. Allo stesso modo, tale complessità viene rintracciata in tutti gli attori del processo di cura (professionisti, familiari del paziente, rete sociale, ecc.). In ogni esperienza di cura, quindi, possono interagire una grande varietà di modelli di salute e malattia<sup>35</sup>. L'operatore bio-psico-sociale ha il compito di facilitare l'esplicitazione di questi modelli e le narrative di tutte le persone coinvolte, e mediare eventuali discordanze;
- Da un modello di guarigione ad un modello di cura: mentre il processo di guarigione non è sempre garantito, quello di cura è sempre raggiungibile. Curare significa, infatti, fornire alla persona i mezzi necessari ad affrontare la malattia in tutti i suoi aspetti (paura, isolamento, perdita, diminuita qualità della vita). Il contesto di cura è un luogo in cui il malato può dare un significato all'esperienza e produrre cambiamenti;

---

<sup>34</sup> (Liddle, 1982)

<sup>35</sup> (Becker G. B., 1998)



- Processo di cura: l'operatore bio-psico-sociale aiuta i pazienti e i loro familiari a sentire che possono esercitare un controllo sul decorso clinico, piuttosto che prendere su di sé il controllo totale della situazione. È un processo di potenziamento, di *empowerment*. Curare significa sostituire i processi di isolamento, frammentazione e scissione, con senso di appartenenza e interdipendenza. Il lavoro dell'operatore, in questo contesto, dovrebbe essere quello di restaurare e ricomporre l'integrità emotiva della persona malata, accompagnandola nel cammino di reinterpretazione della propria esistenza<sup>36</sup>.

Questo mutamento culturale, dunque, implica, e coinvolge, anche i processi formativi dell'operatore, con lo scopo di fornirgli le competenze necessarie ad agire sui diversi sistemi che compongono l'ecologia della persona.

Si tratta di compiere un ri-orientamento clinico che renda il paziente più collaborativo verso il trattamento proposto e più responsabile verso la propria salute.

### **Uno strumento nella cassetta degli attrezzi del clinico *person-centred*: l'empatia.**

Nel corso della storia sono state date diverse definizioni di empatia, a causa della natura complessa e delle numerose sfaccettature che compongono questo costrutto.

In linea generale è possibile individuare il suo significato più comune nell'etimologia del termine greco "*empathia*" (*en-*, "dentro", e *pathos*, "sofferenza o sentimento"), termine che veniva usato durante gli spettacoli teatrali per indicare il rapporto emozionale di partecipazione del pubblico.

---

<sup>36</sup> (Piccinini & Gardini, 2010)

L'empatia gioca un ruolo fondamentale in ambito sociale, nonostante sia considerata principalmente una virtù di carattere intrapsichico: gioca un ruolo chiave nel comportamento umano, influenzando la comprensione reciproca, le connessioni interpersonali, le decisioni, e l'adattamento sociale<sup>37</sup>.

Alcuni autori<sup>38</sup> la definiscono come un processo relazionale di base che promuove la cooperazione, l'aiuto e le interazioni benefiche con gli altri<sup>39</sup>.

Il concetto di empatia in tempi moderni appare durante la corrente del Romanticismo nel 1800, periodo in cui letterati e filosofi erano alla ricerca di un contatto profondo con la propria essenza, tramite la condivisione dello spirito di cui sono permeati i fenomeni naturali e, attraverso tali fenomeni, della matrice comune di tutte le cose del mondo<sup>40</sup>.

Gli eventi della natura venivano “sentiti da dentro”, grazie alla percezione sensoriale, così da penetrare la matrice originaria dei fenomeni della vita<sup>41</sup>.

Tre sono, dunque, gli aspetti centrali dell'empatia declinata secondo questo punto di vista:

- La possibilità di esperire direttamente i fenomeni a livello sensoriale, che porta a una comprensione intuitiva del fenomeno stesso, una comprensione non mediata da riflessioni o logica;
- La possibilità di riprodurre in prima persona il fenomeno osservato, la quale porta a una comprensione per immedesimazione;
- L'immedesimazione e la riproduzione, che portano alla condivisione del fenomeno e, quindi, a una fusione del sentire.

---

<sup>37</sup> (Preston & Waal, 2003)

<sup>38</sup> (Elliott & Greenberg, 2007); (Goleman, 1995); (Rogers, 1959)

<sup>39</sup> (Preston S. D., 2013)

<sup>40</sup> (Stein, 1986)

<sup>41</sup> (Abbagnano, 1971)

L'empatia è, dunque, un processo intersoggettivo attraverso cui vengono condivise le esperienze cognitive ed emotive dell'altro diverso da sé, senza perdere di vista quella che è la sorgente originale dell'esperienza stessa<sup>42</sup>.

In questo senso, quindi, l'empatia può essere considerata come il fulcro della relazione medico-paziente<sup>43</sup>.

La medicina *patient-centred* chiede al medico di utilizzare le proprie competenze biomediche, alla luce del fatto che la persona, per la cui salute sta lavorando, ha un punto di vista personale e diverso da quello medico. Un punto di vista che è necessario comprendere per poter essere realmente di aiuto.

L'empatia, dunque, è l'elemento trasversale che deve caratterizzare, attraversandola, tutta la durata della visita medica<sup>44</sup>.

All'interno della relazione, il medico deve comunicare la propria disponibilità ad accogliere l'esperienza del malato e a sostenerlo e guidarlo nei suoi sforzi di cambiamento e guarigione.

Il punto di vista privilegiato del paziente, su sé stesso, deve essere accolto dal medico: tutto ciò che il malato riporta riguarda l'indagine diagnostica, tutto ciò che il malato dice è importante.

Questo non significa che il medico debba fare tabula rasa delle proprie conoscenze, ma che debba utilizzare le griglie interpretative proprie del suo sapere in maniera flessibile, senza forzare la categorizzazione nelle stesse di ciò che proviene dal «mondo della vita». Quelle stesse griglie, che imbrigliavano la biomedicina in un eccessivo riduzionismo, diventano ora uno strumento duttile capace di accogliere il diverso, l'altro da noi: «*la vera medicina, la medicina che oltre a*

---

<sup>42</sup> (Decety & Jackson, 2004)

<sup>43</sup> (Benedetti, 2012); (Perfranceschi, 2013)

<sup>44</sup> (Moja & Vegni, 2000)

*guarire possa e debba sempre avere cura, richiede una comprensione allargata, aperta, accogliente, atta a perlustrare in uno slancio non esclusivamente razionale bensì profondamente emotivo, intuitivo e appassionato l'altro che soffre, l'altro che spera, l'altro che dispera»<sup>45</sup>.*

Per sviluppare la capacità empatica richiesta dal paradigma bio-psico-sociale, è necessario che il medico operi una modificazione degli scopi del suo intervento<sup>46</sup>.

Nel modello centrato sulla malattia, le conoscenze del medico erano a priori e indipendenti dal malato stesso: al centro vi era la dimensione biologica della patologia organica. Tutto ciò che esulava da questa dimensione era escluso dalla relazione.

Nel modello centrato sulla persona, invece, le conoscenze necessarie al medico sono di due tipi: quelle scientifiche, già in suo possesso, e quelle rispetto all'esperienza del malato che il medico non possiede a priori, ma che può raccogliere all'interno della relazione.

La comunicazione empatica può essere definita, quindi, come sforzo, continuo e attivo, da parte del medico, di rimanere sintonizzato con le comunicazioni emotive del paziente nel dispiegarsi del processo terapeutico<sup>47</sup>.

Secondo Rogers, l'empatia incoraggia l'autostima e il rispetto verso le differenze individuali, etiche e ideologiche<sup>48</sup>. In quest'ottica, quindi, la diversità è una risorsa che è necessario imparare ad usare.

Nel contesto della relazione medico-paziente, l'empatia comporta il difficilissimo compito di essere in contatto con l'altro fino ad arrivare ad averne una comprensione profonda. Una volta ottenuta la comprensione sufficiente, è necessario negoziare e discutere l'esperienza, fino ad arrivare ad una visione comune, che appartenga tanto al medico quanto al malato.

---

<sup>45</sup> Citazione di Piccinini & Gardini In (Ardenghi, 2016, p. 83)

<sup>46</sup> (McWhinney, 1993)

<sup>47</sup> (Bohart, 2002)

<sup>48</sup> (Rogers., 1970)

Dunque, per stringere una relazione proficua in termini di cura, è necessario arrivare ad una condivisione dei significati dell'esperienza della malattia esperiti dal malato.

Questo non significa che il medico debba sottostare alle volontà del paziente, in nome di un principio di autonomia che molto spesso si rivela essere controproducente in termini di risultati, ma che debba essere in grado di accogliere in maniera solidale e partecipata l'esperienza di smarrimento, confusione e di disgregazione, del malato.

In quest'ottica, una comunicazione efficace non può che essere di grande aiuto per il medico. Una comunicazione in cui, quindi, debba essere escluso il giudizio e l'imposizione delle decisioni del medico.

### **Curare con il paziente: l'alleanza terapeutica.**

Alla luce di quanto detto fino ad ora, appare chiaro come il medico, per rispondere alle istanze previste dal paradigma bio-psico-sociale, abbia bisogno di una riflessione e di un addestramento specifico alla relazione medico-paziente.

Questa relazione è del tutto peculiare e non è da confondere con una relazione di tipo amicale.

Qualunque relazione sociale è costruita intorno all'adesione a copioni di ruolo canonizzati culturalmente: a ogni persona viene richiesta un'adesione a ruoli e funzioni peculiari di ogni contesto sociale.

Nel contesto medico-paziente, così come in ogni contesto in cui si richieda l'aiuto di un professionista, la relazione è caratterizzata dalla non pariteticità fra gli attori.

All'interno di questa particolare relazione, inoltre, la non-pariteticità tra medico e paziente è legata all'attivazione del sistema di attaccamento del malato (correlata alla situazione di

sofferenza che sta attraversando nel momento in cui si rivolge al clinico) e dal sistema di accudimento attivato nel medico (correlato alla professione di aiuto)<sup>49</sup>.

Per attivare un sistema cooperativo, necessario ad un sistema di cura che si basa sulla irriducibilità delle soggettività in gioco all'interno di una cornice bio-psico-sociale, la pariteticità (che si traduce in pari dignità tra medico e paziente) è imprescindibile. Non essendo sempre un elemento spontaneo, la pariteticità diventa uno degli obiettivi che il medico deve porsi attivamente: un obiettivo verso cui la relazione dovrebbe tendere, affinché si istituisca un'alleanza terapeutica per mezzo della quale il medico aiuta il paziente ad aiutare sé stesso a intraprendere il processo terapeutico finalizzato al suo benessere<sup>50</sup>.

L'alleanza terapeutica implica un certo grado di pariteticità interpersonale, che viene definita attraverso l'esistenza di un obiettivo condiviso, pur mantenendo le differenze di ruolo tra medico e paziente.

Nel clinico, l'esistenza di un obiettivo definito (la cura del paziente) e la consapevolezza che questo sia meglio perseguibile con un'azione congiunta con il paziente stesso, attiva un sistema di cooperazione che, a sua volta, dovrebbe attivarne uno analogo nel paziente stesso, anche grazie alla funzione dei neuroni specchio<sup>51</sup>.

*«È grazie al riferimento ad un fine comune e condiviso che l'“io-tu” si emancipa dai vincoli della somiglianza-diversità individuali per aprirsi al “noi”, cioè all'incontro tra soggettività in cui somiglianza-diversità sono pariteticamente al servizio del fine comune»<sup>52</sup>.*

La prima strategia attuabile, da parte del medico, per ridurre la condizione di non pariteticità, è quella di mettere in campo una condotta comunicativa, già dai primi minuti di

---

<sup>49</sup> (Liotti, 2007)

<sup>50</sup> (Bara, 2007)

<sup>51</sup> (Liotti & Monticelli, 2014)

<sup>52</sup> (Ceccarelli, 2015, p. 48)

interazione, tesa all'ascolto dei contenuti espressi spontaneamente dal paziente, utilizzando per esempio domande di approfondimento, così da incentivare il paziente ad assumere un ruolo attivo all'interno del dialogo terapeutico, teso all'assunzione delle proprie responsabilità nell'intero percorso di cura. La cooperazione paritetica è imprescindibile per il raggiungimento degli obiettivi congiunti, e, per raggiungerla, è importante che il medico tenga sempre presente non solo i deficit legati alla malattia, ma anche e soprattutto le risorse presenti nel malato, a cui entrambi potranno attingere.

Il colloquio clinico è, quindi, un dialogo fra due esperti: l'esperienza del medico rispetto al funzionamento biologico del corpo umano e quella, unica, del paziente rispetto al proprio corpo, alla propria *illness*<sup>53</sup>. Al medico attiene il compito di gestire il flusso comunicativo, attraverso l'utilizzo dei saperi propri della sua formazione e ambito di competenza, orientandolo tramite le domande sui contenuti spontaneamente espressi dal paziente.

In una conversazione cooperativa, nell'ambito di una relazione di cura efficace e solida, il contributo del medico alla conversazione deve essere *«tale quale è richiesto, allo stadio in cui avviene, dallo scopo o orientamento accettato dallo scambio linguistico in cui è impegnato»*<sup>54</sup>. In altre parole, è necessario che il medico si astenga dal dire più di quello che è necessario, dal fornire troppe informazioni tecniche e dall'utilizzare la scienza come argomento per convincere il paziente a collaborare.

---

<sup>53</sup> (Kleinman, 1988). L'autore utilizza il termine "illness" riferendosi all'esperienza di monitorare i propri vissuti corporei e valutarli come normali, preoccupanti o seri tanto da ricorrere ad un presidio sanitario. Contrappone questa definizione a quella di "disease" che definisce come "ciò che il clinico è stato addestrato a vedere attraverso lenti teoriche".

<sup>54</sup> (Grice, 1987, p. 229)

Durante le interazioni comunicative con il paziente, il medico dovrebbe attenersi a quelle che Grice ha definito “massime conversazionali”<sup>55</sup>, ovvero quelle norme comportamentali necessarie all’ottenimento di una comunicazione fluida e senza intoppi:

- *Quantità*: il contributo fornito non deve essere più informativo di quanto richiesto;
- *Qualità*: le informazioni veicolate devono essere vere e comprovabili;
- *Relazione*: le informazioni devono essere pertinenti alla conversazione;
- *Modo*: è necessario evitare ambiguità di espressione, preferendo ordine nell’esposizione e brevità dei contenuti.

Per riuscire a stringere una alleanza terapeutica sufficientemente forte per gli scopi dell’incontro medico-paziente, inoltre, il clinico dovrebbe includere, alle due motivazioni comunicative principali di ogni relazione (richiesta/offerta di aiuto e informare), una terza motivazione atta a colludere con gli atteggiamenti e i sentimenti dell’altro per incrementare il terreno comune<sup>56</sup>: tanto più il medico riuscirà a cogliere queste intenzioni comunicative del paziente, tanto più quest’ultimo identificherà il medico come una persona di cui potersi fidare e con cui potersi alleare per il raggiungimento di un obiettivo condiviso: la sua salute.

Liotti e Monticelli hanno descritto i vari tipi di flessioni e crisi dell’alleanza terapeutica, facendo riferimento ai sistemi motivazionali interpersonali (vedi tabella 1) che possono spostare il sistema cooperativo dalla funzione sovraordinata che assume durante la costruzione efficace dell’alleanza<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> Ibidem

<sup>56</sup> (Tomasello,, 2009)

<sup>57</sup> (Liotti & Monticelli, 2014)



Sistema Motivazionale Interpersonale	Attivazione	Meta	Sequenze emozionali tipiche
Attaccamento	Percepita vulnerabilità personale per minacce ambientali, solitudine, sofferenza.	Conseguimento di vicinanza protettiva.	Paura di separazione, protesta (collera), tristezza da perdita, distacco emozionale. Gioia di ricongiungimento, sicurezza.
Accudimento	Separation cry emesso da un membro del gruppo sociale. Altri segnali di richiesta di aiuto/comforto.	Offerta di cura.	Ansiosa sollecitudine, tenerezza protettiva, gioia per la protezione offerta. Colpa per non aver risposto alla richiesta.
Agonistico (di rango)	Percezione che una risorsa ambientale è limitata. Segnali di sfida emessi da un membro del gruppo sociale.	Definizione del rango sociale di potere e di dominanza/sottomissione per regolare all'interno di un gruppo il diritto prioritario di accesso alle risorse limitate.	Collera, paura, vergogna, resa (umiliazione), tristezza per la sconfitta. Orgoglioso trionfo, disprezzo verso lo sconfitto.
Sessuale (di coppia)	Segnali interni (aspetti ormonali). Segnali esterni (fenomeni comportamentali di seduzione)	Formazione e mantenimento della coppia sessuale con il valore biologico della riproduzione e del sostentamento della prole.	Desiderio erotico, eccitamento da contatto sessuale, orgasmo.
Cooperativo (paritetico)	Invito a condividere l'interesse per un qualche aspetto della realtà.	Conseguimento di un obiettivo comune, più facile da raggiungere attraverso un'azione congiunta	Piacevole condivisione, interesse, fiducia, gioia per il raggiungimento congiunto di un obiettivo. Lealtà reciproca, colpa e collera per tradimento (agito o Subito).

Tabella 1 Attivazione, mete e sequenze emozionali tipiche dei Sistemi Motivazionali Interpersonali (Fonte: adattato da G. Liotti & F. Monticelli, 2014)

Data la natura di relazione di aiuto dell'incontro tra medico e paziente, il sistema di attaccamento del malato è particolarmente sollecitato<sup>58</sup>: le flessioni di alleanza più comuni sono quindi riconducibili al Sistema motivazionale interpersonale del paziente e a quello di accudimento che si attiva nel medico.

È naturale, infatti, che la condizione di vulnerabilità, condizione imposta dalla malattia, possa generare sentimenti di paura ed ansia nel paziente, che sarà sollecitato ad attivare il sistema motivazionale interpersonale dell'attaccamento verso il medico cui sta chiedendo aiuto che, in questa cornice, non assume solo il ruolo di specialista, ma acquisisce le caratteristiche di una figura di attaccamento saggia, forte e protettiva.

Nel medico, questa ricerca di cura e protezione da parte del paziente non potrà far altro che attivare il sistema motivazionale interpersonale di accudimento. Tuttavia, tale comportamento può risultare oltremodo dannoso, soprattutto con pazienti che utilizzano uno stile di attaccamento di tipo ansioso-resistente o disorganizzato, i quali inducono un tipo di frattura nell'alleanza tramite richieste di aiuto e conforto pressanti e continue, apparendo inconsolabili o rifiutando le prescrizioni del medico, spaventati dalle sue risposte accidenti<sup>59</sup>.

Pazienti con attaccamento evitante rischiano di portare una rottura da "ritiro"<sup>60</sup>, che consiste in una rottura repentina, improvvisa e ingiustificata del rapporto clinico.

Quando il sistema motivazionale interpersonale è di tipo agonistico, atto a definire i ruoli ed espresso tramite l'uso di comportamenti aggressivi finalizzati non a danneggiare l'altro ma a definire le posizioni gerarchiche, tre sono gli scenari relazionali possibili:

---

<sup>58</sup> (Liotti, 2007)

<sup>59</sup> (Eames & Roth, 2000)

<sup>60</sup> (Safran & Muran, 2000)

- Sottomissione del paziente in favore di una posizione di dominanza del medico: Il medico ingiunge comportamenti o prescrive terapie che il paziente accetta supinamente;
- Assunzione di atteggiamento giudicante e negativo da parte del paziente, con conseguente tendenza del medico a giustificarsi in modo imbarazzato o a riconoscere la propria incapacità (vera o supposta che sia e in maniera più o meno esplicita);
- Competizione irrisolta: medico e paziente si accusano reciprocamente di avere atteggiamenti inappropriati, scorretti o controproducenti.

Seppur raro, anche nella relazione medico-paziente possiamo trovare flessioni dell'alleanza dovute all'utilizzo di un sistema motivazionale interpersonale di tipo erotico o caratterizzato da atteggiamenti di seduzione sessuale, in genere sottili e inconsapevoli, in entrambi o in uno dei due membri della relazione. È il caso di pazienti particolarmente insicuri che mettono in atto con il medico atteggiamenti seduttivi di tipo intellettuale, con lo scopo di assicurarsi piena e completa presa in carico da parte del medico.

Se gli obiettivi dell'incontro terapeutico sono contrattualmente definiti nel mantenimento o nella riacquisizione della salute del paziente, ciò che non sempre è condiviso è il percorso da intraprendere per arrivare a tale obiettivo.

Nei casi in cui il conflitto tra le istanze del paziente e le decisioni del medico dovesse diventare predominante, causerebbe un utilizzo massiccio delle energie di entrambi per vincere il confronto e non per collaborare in funzione dell'obiettivo comune.

Quando non si riesce a raggiungere l'accordo, è il medico, dato il suo ruolo professionale, che promuove e caldeggia la possibilità di raggiungere una qualche forma di collaborazione al fine di arrivare, assieme al paziente, a impiegare risorse e sforzi, rispettando i ruoli imposti dal contesto, per giungere ad un processo di *decision making* condiviso.

Per arrivare alla cooperazione è, infine, necessario che il medico sia in grado di far capire al paziente il senso delle proprie prescrizioni, senza dover necessariamente far comprendere il razionale che vi è dietro: troppo spesso, infatti, i medici si ingolfano in complicate (e irritanti per il paziente) argomentazioni scientifiche a favore delle proprie scelte, a cui il paziente spesso risponde con un irremovibile rifiuto di aderenza.

A questo proposito, può essere utile chiarire la distinzione fra i termini *compliance*, *concordance* ed *adherence*, connessi con la propensione del paziente a seguire le indicazioni terapeutiche.

*Compliance* indica il grado in cui il comportamento di una persona (in termini di assunzione di farmaci, osservanza di diete, attuazione di cambiamenti nello stile di vita) coincide con le raccomandazioni del medico<sup>61</sup>. In questa concezione il paziente appare come agente passivo che accetta acriticamente la prescrizione medica. La *compliance* del paziente si inserisce, come comportamento atteso, all'interno del modello bio-medico.

*Adherence* presuppone un paziente più attivo, che aderisce consapevolmente e responsabilmente a una prescrizione medica, dopo essere stato informato dei rischi, dei benefici e delle alternative terapeutiche.

*Concordance*, invece, è un termine legato alla cornice bio-psico-sociale, in quanto definisce la piena e consapevole accettazione del paziente a seguire la prescrizione, raggiunta all'interno della relazione con il medico. La *concordance* si costruisce all'interno della relazione stessa, attraverso processi di comprensione reciproca e di ascolto dell'esperienza del malato da parte del clinico.

---

<sup>61</sup> (Haynes, Taylor, & Sackett, 1979)

In questa circostanza, quindi, un fallimento terapeutico non andrebbe più attribuito alla non-compliance del paziente nel seguire alla lettera le indicazioni del medico, ma, piuttosto, a un fallimento da ricercare all'interno della relazione medico-paziente e in particolare, probabilmente, in una inefficace comunicazione.

### **Criticità del modello bio-psico-sociale**

Vi sono state numerose critiche al modello bio-psico-sociale.

Secondo Smith e collaboratori, sono tre le categorie in cui rientrano le principali critiche al modello<sup>62</sup>:

- Il modello appare come troppo vago e non verificabile. In particolare, secondo Malmgren<sup>63</sup> e Van Oudenhove<sup>64</sup>, il modello, così come originariamente proposto da Engel, non era sufficientemente sviluppato a livello concettuale e mancava di operativizzazione<sup>65</sup>, caratteristiche che ne impedivano la verificabilità empirica;
- Genericità del modello. Il modello bio-psico-sociale viene considerato generico, poiché non fornisce sufficienti indicazioni agli operatori sanitari rispetto alla sua applicabilità, soprattutto poiché viene presentato senza alcun supporto per individuare le informazioni sul paziente che risultino rilevanti<sup>66</sup>. Secondo Herman<sup>67</sup>, questo comporta una quantità di dati bio-psico-sociali poco correlati tra loro, che rendono il modello troppo dispendioso in termini di tempo e inefficiente, nella pratica, per essere applicato al singolo paziente.

---

<sup>62</sup> (Smith, Lyles, Mettler, & Stoffelmayr, 1998)

<sup>63</sup> (Malmgren, 2005)

<sup>64</sup> (Van Oudenhove & Cuypers, 2014)

<sup>65</sup> (Foss & Rothenberg, 1987) (Ghaemi, 2009)

<sup>66</sup> (Liotti & Monticelli, 2014); (Farre & Rapley, 2017); (Freudenreich, Kontos, & Querques, 2010)

<sup>67</sup> (Herman, 2005)

- Mancanza di metodo. McLaren<sup>68</sup> sostiene che questo modello non includa un metodo per identificare quali dati bio-psico-sociali siano rilevanti, in quanto il modello teorizza la necessità di raccogliarli senza fornire alcuna guida metodologica che supporti questo processo. In particolare, Freudenreich<sup>69</sup> sottolinea che non vi siano indicazioni rispetto alla priorità da dare a ciascun livello (biologico, psicologico o sociale). Dal momento che non è noto quale fattore, in ultima analisi, sia quello correlato al malessere del paziente, il modello suggerisce che tutti i livelli di analisi coesistano, ed è lasciata alla sensibilità del medico la scelta del livello che sembri funzionare meglio<sup>70</sup>, senza alcuna logica condivisa<sup>71</sup>.

Numerosi, tuttavia, sono stati i contributi, degli stessi autori, atti a fornire una serie di soluzioni a queste critiche:

- Schwartz e Wiggins propongono un modello fenomenologico che si concentra sulla fondamentale necessità di comprensione, da parte del medico, dei pazienti.

Tale modello affrontava le criticità del modello bio-psico-sociale sottolineando «*la rilevanza delle scienze umane e naturali per la scienza medica*»<sup>72</sup>.

- Foss e Rothenberg, invece, a parziale superamento della loro critica, suggeriscono che il modello di Engel venga letto come una transizione dal modello biomedico a quello che gli autori definiscono come "*modello info-medico*"<sup>73</sup>.

---

<sup>68</sup> (McLaren, 1998)

<sup>69</sup> (Freudenreich, Kontos, & Querques, 2010)

<sup>70</sup> (Searight, 2016)

<sup>71</sup> (Ghaemi, 2009)

<sup>72</sup> (Farre & Rapley, 2017)

<sup>73</sup> (Foss & Rothenberg, 1987). Il modello info-medico è basato su una considerazione cibernetica della persona umana come sistema biopsicosociale organizzato, e sull'applicazione della teoria dei sistemi e dei livelli di organizzazione che determinano non solo la struttura e il funzionamento del corpo umano ma anche il suo stato di benessere o di malattia. Secondo gli autori il passaggio dalla concezione biomedica a una concezione info-medica significherebbe un cambiamento paradigmatico, da una strategia di ingegneria biologica ad una strategia cibernetica, da un modello di ingegneria cellulare a un modello di comunicazione, a un modello di informazione.

In ogni caso, l'idea di poter disporre di un approccio che migliorasse, ma non alienasse, il modello bio-medico affascinava i vari settori della professione medica, che anelavano a una prospettiva che permettesse una comprensione migliore dei concetti di salute e malattia, più in sintonia con le reali esperienze del malato<sup>74</sup>.

Il modello *patient-centred* sembra rispondere a questa esigenza, integrando alcuni concetti della prospettiva bio-medica con la cornice bio-psico-sociale proposta da Engel:

- Conservazione del modello *disease-centred* rispetto all'approccio biologico alla patologia;
- Ampliamento del modello *disease-centred* all'area dell'*illness*;
- Specificità degli obiettivi che riguardano l'*illness*;
- Verificabilità degli obiettivi specifici, sia per quanto riguarda il loro raggiungimento, a fine percorso di cura, che in termini di verificabilità sperimentale;
- Trasmissibilità degli strumenti comunicativi necessari al raggiungimento degli obiettivi specifici legati all'*illness*.

Il punto non è tanto quale dei due sia il paradigma migliore, quanto saper discernere quale sia il più appropriato in un dato momento: secondo Lussier e Richard, dipende dal contesto e dalla natura del problema clinico che si sta affrontando, così come dai bisogni e dalle preferenze del paziente e del medico in quello specifico momento<sup>75</sup>.

In questo contesto, l'autodeterminazione del paziente, in quanto parte dei suoi diritti fondamentali, diventa un criterio di qualità. L'intervento sanitario non può più essere deciso unilateralmente dal medico che si basa sul suo sapere professionale, ma deve essere individuato insieme al paziente, spesso con un faticoso processo di negoziazione<sup>76</sup>.

---

<sup>74</sup> (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004)

<sup>75</sup> (Lussier & Richard, 2008)

<sup>76</sup> (Spinsanti, 2004)

Una buona medicina è, dunque, frutto di molteplici contrattazioni: deve tenere conto dell'indicazione clinica (cioè il bene del paziente), del suo sistema di valori, credenze e preferenze e deve saper essere appropriato a livello sociale, e ciò implica che le risorse limitate debbano essere utilizzate in modo ottimale e che debba esserci un principio di equità ed una solidarietà verso i più fragili.

Nel prossimo capitolo vedremo come la medicina fondata sulla persona sia stata declinata dall'Organizzazione Mondiale della Salute in termine di linee guida da applicare a livello mondiale.



## **2. Il punto di vista dell'Organizzazione Mondiale della Salute e dell'Italia, sul tema della salute.**

Dopo aver visto come si è sviluppato, nel corso dei secoli, il concetto di cura nel paradigma medico, vedremo, in questo capitolo, il processo attraverso cui, in epoca contemporanea, l'Organizzazione Mondiale della Salute, in accordo con il modello bio-psico-sociale, ha cercato di mettere al centro la persona.

Vedremo quindi gli sviluppi contemporanei del modello bio-psico-sociale verso il nuovo modello "One Health", proposto da Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO), Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente (UNEP), e Organizzazione Mondiale per la Salute animale (WOAH).

### **2.1.La salute è uno stato di equilibrio fra corpo, mente e contesto sociale.**

Nel 1946, l'OMS ha definito la salute come «uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale»<sup>77</sup>, sottolineando due principi fondamentali in materia di salute:

- 1) Trattandosi di un diritto egualitario, la salute deve essere accessibile a ogni individuo;
- 2) Trattandosi di una risorsa, gli individui hanno necessità di conoscere tutti gli aspetti inerenti a essa, e acquisire le competenze necessarie alla sua tutela e alla sua fruizione.

---

<sup>77</sup> (World Health Organization, 1946)

In base a questi principi l'OMS integrerà, nel 1984, la precedente definizione di salute, proponendo alcune strategie di diffusione e promozione della salute.

Con la Carta di Ottawa del 1986, l'OMS definirà la promozione della salute come «il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute ed una conoscenza più approfondita delle strategie finalizzate al suo miglioramento»<sup>78</sup>.

La prospettiva alla base di questo documento è quella di un individuo attore principale e pro-attivo della propria salute: viene sottolineata l'importanza delle politiche pubbliche volte alla promozione del benessere, senza le quali l'individuo sarebbe portato ad individuare la "salute" nell'assenza di malattia e a demandarne totale responsabilità alla pratica medica, con la conseguenza «...che molti, dopo la guarigione, conservano le abitudini di vita precedenti, fino a quando non sopraggiunge una nuova malattia per curare la quale si rivolgono nuovamente al medico in cerca di una nuova terapia, in un circolo vizioso che può non avere fine»<sup>79</sup>.

Nel documento vengono, anche, stilate le condizioni necessarie alla realizzazione di un'efficace promozione della salute:

- (1) l'elaborazione di una adeguata politica pubblica per la salute;
- (2) la creazione di ambienti di cura favorevoli;
- (3) il rinforzo dell'azione della comunità;
- (4) una riorganizzazione dei servizi sanitari che, oltre all'erogazione delle cure, preveda un'educazione riguardo i fattori protettivi e predisponenti al benessere.

---

<sup>78</sup> (World Health Organization, 1986)

<sup>79</sup> (Mengheri, 2003)

Le strategie di diffusione e promozione della salute pubblicate nel 1984 sono state ampliate fino alla stesura, nel 1998, del documento «Health21: Health for All in the 21st century»<sup>80</sup>, che individua 21 obiettivi strategici per perseguire equità, promozione della salute e dell'investimento nella stessa, intesa come preconditione necessaria per il benessere e una buona qualità della vita.

In particolare, in relazione alla salute mentale, nel 2008 l'Organizzazione Mondiale della Sanità affermava che «*ciò che bisogna fare è chiaro. I grandi ospedali psichiatrici devono essere chiusi, e la cura e i trattamenti di salute mentale devono essere erogati dalle cure primarie o da centri di salute mentale e comunità di cura*»<sup>81</sup>. Nello stesso documento, inoltre, stilava dieci principi cardine al fine di integrare la salute mentale nelle cure primarie.

Negli ultimi anni l'attenzione internazionale è volta a considerare i “disturbi emotivi comuni”<sup>82</sup> come un'emergenza sanitaria: i dati resi disponibili dall'OMS nel 2017<sup>83</sup> indicano, infatti, che la sola depressione colpisce 322 milioni di persone nel mondo, costituendo la prima causa sia di suicidio sia di disabilità. Inoltre, dal punto di vista meramente economico, si stima che l'impatto cumulativo dei disturbi mentali abbia raggiunto il 13% del carico globale di malattia, ed è previsto che tra il 2011 e il 2030 i costi in termini di perdita della produzione economica ammonteranno a 16.300 miliardi di dollari<sup>84</sup>. Nel «Mental Health action Plan 2013-2020», l'OMS delinea «strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e recovery in un approccio di government globale»<sup>85</sup>, sottolineando l'importanza di interventi preventivi sulle psicopatologie e

---

<sup>80</sup> (World Health Organization, 1998)

<sup>81</sup> (World Health Organization, 2008)

<sup>82</sup> Le linee guida *NICE* (National Institute for Health and Care Excellence) indicano questi disturbi come un insieme di quadri psicopatologici caratterizzati da sintomi depressivi ed ansiosi ma a bassa disfunzionalità, vengono esclusi, quindi, quadri con sintomi psicotici, disturbi affettivi maggiori, i gravi disturbi di personalità e, in generale, tutti quei quadri psicopatologici che determinino disabilità moderata-grave.

<sup>83</sup> (World Health Organization, 2017)

<sup>84</sup> (World Health Organization, 2013)

<sup>85</sup> *ibidem*

la necessità di lavorare allo sviluppo di *empowerment* di questi individui, perché siano in grado di individuare le risorse e le strategie necessarie al miglioramento della propria condizione e di quella della comunità di appartenenza. In questo paradigma, quindi, vi è la necessità tanto di intervenire sui sintomi patologici quanto di promuovere comportamenti salutogeni.

Questo processo, richiede, quindi, nuove forme di integrazione tra medicina e psicologia, e tra le diverse branche della psicologia stessa (clinica e della salute).

L'intervento tempestivo sulla patologia, al manifestarsi dei primi sintomi, influisce in modo significativo sul decorso della stessa, mitigandone il carico tanto sull'individuo quanto sulla società.

Per questa ragione la letteratura internazionale è sempre più focalizzata sull'individuazione dei correlati eziologici e diagnostici delle psicopatologie e sull'individuazione dei fattori di rischio, nel tentativo di agevolare l'intercettazione tempestiva di questi disagi per poter, così, offrire trattamenti immediati.

È necessario, quindi, agire prevedendo un intervento che da una parte permetta di intervenire in maniera precoce, quando la sintomatologia è ancora lieve e il trattamento, quindi, può essere più breve, dall'altra consenta l'innescamento di condotte salutogene che permettano al paziente di sviluppare, preservare e impiegare le capacità fisiche, mentali ed emotive come fattori protettivi e per evitare l'insorgenza di patologie più gravi.

Tale intervento precoce prevede una strategia articolata in diverse fasi, il cui fine è:

- la riduzione del tempo che intercorre tra l'esordio di un disturbo e l'inizio di un trattamento appropriato;
- il repentino ripristino delle condizioni per un adeguato funzionamento;

- il rapido contenimento dei fattori capaci di deteriorare la qualità della vita<sup>86</sup>.

Questo tipo di intervento viene attualmente utilizzato per intervenire su disturbi a elevata severità (come per esempio l'autismo, le psicosi, le demenze), mentre pazienti che presentano forme di sofferenza meno strutturate ricevono trattamenti differiti nel tempo.

Se si considerano i moderni principi di programmazione sanitaria, l'attuale condivisa definizione di salute, le evidenze cliniche sull'efficacia di un trattamento tempestivo<sup>87</sup> e i riscontri forniti dall'OMS circa l'incidenza che tali patologie hanno nella popolazione e il loro peso in termini economici sulla comunità, la mancanza di interventi preventivi per questi disagi appare quantomeno discutibile.

Nel «*Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*»<sup>88</sup>, l'OMS sottolinea quanto tali patologie abbiano come conseguenza importanti livelli di disabilità, registrando che i disturbi ansiosi e quelli depressivi hanno comportato nel 2015 un corrispettivo di oltre 76,4 milioni di anni vissuti con disabilità.

La mancata intercettazione tempestiva dei sintomi più lievi di queste patologie è dovuta al manifestarsi di sintomi connessi a un disagio indifferenziato e a una forte sofferenza soggettiva e a ricadute fisiche che vengono spesso confuse per patologie organiche di origine psicosomatica.

In Italia non è sempre possibile ottenere un'assistenza specialistica per questo tipo di disagi, e, talvolta, mancano le competenze necessarie all'intercettazione precoce degli stessi. Questo può implicare fenomeni di *over-treatment* (erogazione di trattamenti eccedenti il reale grado di severità

---

<sup>86</sup> (Chiri, Menchetti, Fioritti, & Berardi, 2016)

<sup>87</sup> (Kessler, et al., 2003)

<sup>88</sup> (World Health Organization, 2017)

del disturbo) o *under-treatment* (implementazione di interventi con ridotto gradiente di specificità ed efficacia) particolarmente evidenti nei pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore.

Già nel 2013 l'OMS mostrava di aver individuato le problematiche fin qui descritte, pubblicando il «Mental Health Gap Action Plan», secondo cui «*i sistemi sanitari non hanno ancora trovato risposta al carico rappresentato dai disturbi mentali; di conseguenza, vi è un consistente divario (gap), a livello mondiale, tra il bisogno e l'offerta di cure*»<sup>89</sup>. Questo divario è ulteriormente marcato dalla discrepanza tra i trattamenti più frequentemente erogati in prima battuta (spesso di sola matrice psicofarmacologica) e i dati di letteratura, che da tempo mostrano una maggiore efficacia degli interventi psicologici in termini di riduzione dei sintomi e prevenzione delle ricadute<sup>90</sup>.

Risulta dunque evidente la necessità di predisporre, nei sistemi assistenziali di primo livello, nuove possibilità di cura in grado di:

- (1) intercettare le forme di sofferenza lieve non ancora strutturata;
- (2) fornire trattamenti psicologici specifici e precoci;
- (3) ridurre i fenomeni di under e over-treatment;
- (4) promuovere tra gli individui la diffusione di comportamenti proattivi di tutela e cura

dello stato di salute.

---

<sup>89</sup> (World Health Organization, 2013)

<sup>90</sup> (DeRubeis, et al., 2005)

## One Health

Il termine *One Health* «descrive un approccio, cooperativo, intersettoriale e coordinato che si è andato affinando negli anni proprio per rispondere ai devastanti e massivi cambiamenti cui è soggetto il pianeta per effetto dell'intervento umano»<sup>91</sup>.

Viene coniato nel 2004 nella conferenza indetta dalla *Wild Conservation Society*, quando esperti sanitari di tutto il mondo si incontrano per discutere rispetto al potenziale passaggio di malattie dagli animali (domestici e selvatici) all'essere umano.

In tale Conferenza venne prodotto il documento "The Manhattan principles"<sup>92</sup>, che stilava le 12 raccomandazioni per stabilire un approccio olistico alle malattie epidemiche/epizootiche e al mantenimento dell'integrità dell'ecosistema a beneficio degli esseri umani, dei loro animali domestici e della biodiversità. Il *fil rouge* che accompagna queste 12 raccomandazioni è l'avvenuta consapevolezza che sarebbe possibile raggiungere una più ampia conoscenza del concetto di salute adottando un unico approccio intersettoriale, capace di incidere tanto sulla salute umana quanto su quella degli animali e del pianeta.

Aprè l'esposizione di tali principi proprio il riconoscimento «*dello stretto legame tra salute umana e animale, sia degli animali domestici che selvatici, e la minaccia che le malattie rappresentano per le persone, le loro riserve alimentari e le economie, nonché l'importanza della biodiversità per mantenere gli ambienti sani e gli ecosistemi funzionanti di cui abbiamo bisogno*»<sup>93</sup>.

---

<sup>91</sup> (Atlas & Maloy, 2014)

<sup>92</sup> (Wildlife Conservation, 2004)

<sup>93</sup> Ibidem

Nel 2008 l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO), il Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente (UNEP), e l'Organizzazione Mondiale per la Salute animale (WOAH, originariamente OIE) pubblicarono un documento in cui esplicitavano la necessità di compiere azioni concrete volte a diminuire i rischi e l'effetto delle epidemie e delle pandemie sulla salute <sup>94</sup>, permettendo di passare da un punto di vista tipico degli esperti sanitari a uno proprio delle principali Organizzazioni internazionali, protagoniste della *governance* sanitaria di tutto il mondo.

Bisognerà, tuttavia, aspettare il 2010 e la dichiarazione di Hanoi, approvata all'unanimità dai delegati di 71 Paesi e organismi regionali, prima che l'approccio *One Health* venga riconosciuto nella sua piena importanza.

A seguito della pandemia da Covid-19 è stato finalmente chiaro quanto fosse di vitale importanza adottare questo modello di salute, per evitare ulteriori pandemie a livello globale, rese di più facile diffusione grazie alla globalizzazione. A seguito di una proposta avanzata nel 2020, al Forum per la Pace di Parigi, dai ministri degli Affari esteri francese e tedesco, venne creato, nel maggio del 2021, l'*Interdisciplinary One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP)*<sup>95</sup> con lo scopo di facilitare il lavoro sinergico intersettoriale. Poiché, nel corso degli anni, il concetto di *One Health* era stato declinato con differenti interpretazioni. Per questo motivo, OHHLEP propose una definizione univoca:

*«One Health è un approccio integrato e unificante che mira a bilanciare in modo sostenibile e ottimizzare la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi. Riconosce che la salute degli*

---

<sup>94</sup> (FAO, et al., 2008)

<sup>95</sup> (FAO, UNEP, WHO, & WOAH, 2021)



*esseri umani, gli animali domestici e selvatici, le piante e l'ambiente in generale (compresi gli ecosistemi) sono strettamente collegati e interdipendenti»<sup>96</sup>.*

Un'altra importante tappa che evidenzia l'importanza di adottare una salute più sostenibile è stata raggiunta il primo dicembre del 2021, quando i 194 paesi membri dell'Organizzazione Mondiale della Salute hanno concordato di avviare un processo di negoziazione per l'elaborazione di uno strumento internazionale, al fine di rafforzare la prevenzione, la preparazione e le risposte alle pandemie.

L'ultima data, per il momento, degna di nota nel processo di avvicinamento a una salute globale e sostenibile, è quella del 17 ottobre 2022, quando viene lanciato il «*One Health Joint Plan of Action*»<sup>97</sup>, il cui scopo è quello di stilare sei linee d'azione per l'implementazione di un approccio *One Health*:

- (1) Rafforzare le capacità dei paesi di integrare i sistemi sanitari con un approccio *One Health*;
- (2) Ridurre i rischi dati dall'emergere di epidemie zoonotiche e pandemie;
- (3) Controllare ed eliminare le zoonosi endemiche e le malattie tropicali trascurate o trasmesse da vettori;
- (4) Migliorare la valutazione, la gestione e la comunicazione dei rischi per la sicurezza alimentare;
- (5) Frenare la silenziosa pandemia di resistenza antimicrobica;
- (6) Potenziare l'integrazione dell'ambiente nell'approccio *One Health*.

---

<sup>96</sup> (FAO, UNEP, WHO, & WOAAH, 2021)

<sup>97</sup> (FAO, UNEP, WOAAH, & WHO, 2022)

L'approccio *One Health* sembra essere la naturale evoluzione del modello bio-psico-sociale, includendo in quel "sociale" anche l'ambiente in cui viviamo e le specie con cui lo condividiamo.

È indubbio, infatti, che i problemi che l'uomo ha causato al nostro pianeta non possano far altro che ripercuotersi sulla salute dell'uomo stesso.

In questo contesto, quindi, *One Health* è l'approccio ideale per raggiungere la salute globale.

Nei prossimi paragrafi vedremo brevemente le principali tappe attraversate dal Sistema Sanitario Nazionale italiano, dalla sua nascita fino alle previsioni per il prossimo futuro, sulla strada verso *One Health*.

## 2.2.Struttura e nascita del SSN in Italia.

Il Servizio Sanitario Nazionale nasce il 24 dicembre 1978 con la legge di riforma sanitaria n. 833, che introduce un modello basato su tre pilastri di tutela della salute: universalità della cura; equità assistenziale tra i cittadini per i pari bisogni; partecipazione finanziaria di tutti i cittadini. Tale legge sostituiva il vecchio sistema mutualistico fino ad allora vigente, ponendo gli oneri della tutela della salute a carico della fiscalità generale, e pose la medicina generale al di fuori del sistema sanitario nazionale.

Nel corso degli ultimi venti anni del 1900, il SSN ha subito diverse modifiche, fino ad arrivare alla struttura attuale, che prevede due livelli di intervento: lo Stato e le Regioni.

Una delle riforme degne di nota è quella apportata nel 2012 con il “decreto Balduzzi”, che prevedeva una riorganizzazione dell’assistenza primaria in team di professionisti con copertura h24 per garantire una continuità assistenziale delle cure, e che introduceva misure per incentivare i medici specialisti che svolgevano attività privata a svolgere il proprio servizio all’interno delle strutture del SSN.

Nel 2001 venne riformato l’articolo V della Costituzione, modificato successivamente ancora nel 2017, demandando alle singole regioni il ruolo di garanti dell’applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza<sup>98</sup>.

Venne poi redatto il Piano Sanitario Nazionale (PSN), nel quale:

- Si delineavano le procedure di programmazione e di attuazione del Sistema Sanitario Nazionale;
- Si individuavano le priorità e i LEA per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

---

<sup>98</sup> Le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini.

Il secondo livello di intervento vedeva le Regioni responsabili di:

- Garantire un controllo sull'attuazione del PNS;
- Stabilire l'ambito territoriale delle Aziende Sanitarie Locali (le ASL);
- Individuare le Aziende Ospedaliere (AO);
- Ripartire il Fondo Regionale sul territorio;
- Redigere il Piano Sanitario Regionale.

A livello locale, alle Aziende Sanitarie Locali è affidata l'erogazione diretta delle attività assistenziali di sanità pubblica e dei servizi sanitari di comunità e cure primarie. Alle Aziende Sanitarie, inoltre, è attribuita la funzione di fornire cure specialistiche sia in maniera diretta sia per il tramite di fornitori privati accreditati dalle regioni.

Le Aziende Sanitarie, a loro volta, gestiscono il Dipartimento di prevenzione, il Distretto Socio-Sanitario (responsabile dell'erogazione delle cure primarie) e i Presidi Ospedalieri. A loro viene affidata, anche, l'erogazione delle attività assistenziali di sanità pubblica e dei servizi sanitari di comunità.

I Distretti Sanitari sono "strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento". È il Distretto che garantisce l'esistenza di una assistenza primaria e l'integrazione delle attività sanitarie con quelle sociali proprie degli enti locali.

Ogni Distretto Sanitario è tenuto a pianificare e fornire assistenza sanitaria e sociale sulla base delle esigenze della popolazione di riferimento.

A livello territoriale, nel campo delle Cure Primarie operano i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS), gli infermieri (anche e soprattutto quelli che operano all'interno delle cure domiciliari), e i Medici di Continuità Assistenziale (MCA), oltre al personale amministrativo responsabile di fornire assistenza all'utenza e agli attori delle cure primarie.

Per quanto riguarda la tutela del disturbo mentale, il SSN ha istituito i Dipartimenti di Salute Mentale. L'accesso a questi ultimi segue tre modalità:

- Accesso diretto;
- Invio da parte del MMG;
- Invio da parte dei reparti ospedalieri o del pronto soccorso.

I servizi psicologici, nel sistema attuale, sono sostanzialmente ascrivibili a un intervento di cure secondarie. Tali prestazioni sono fornite 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).

All'interno del Servizio Pubblico vi è la possibilità di usufruire di un percorso psicologico o psicoterapeutico attraverso il pagamento di un ticket, a un costo contenuto. Tale modalità di accesso rappresenta spesso un ostacolo, non solo in caso di oggettivi problemi economici, ma anche a causa della necessità di un alto livello di motivazione richiesto, al paziente, per intraprendere questo percorso<sup>99</sup>.

Un altro ostacolo che i pazienti che necessitano di questo tipo di terapia possono trovare è dato dalle liste di attesa, spesso molto lunghe. Tale problema sarebbe superabile rivolgendosi ai professionisti che operano privatamente, ma con un costo che potrebbe non poter essere affrontato da tutti i pazienti.

---

<sup>99</sup> (Stewart, Chambless, & Baron, 2012)

## Lo stato dell'arte in Italia: verso *One Health*.

Secondo un documento pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Salute<sup>100</sup>, nel primo anno della pandemia da COVID-19 la prevalenza globale di ansia e depressione è aumentata del 25%, e questo ha spinto il 90% dei Paesi a includere la salute mentale e il supporto psico-sociale all'interno dei propri piani di risposta ai disagi causati dalla pandemia.

In Italia, sulla scia delle linee guida internazionali, hanno preso il via tentativi faticosi e disparati per l'integrazione della salute mentale all'interno delle cure primarie.

In particolare, a partire dal 1999, grazie ad un decreto del Presidente della Repubblica<sup>101</sup>, il SSN ha raccomandato ai Centri di Salute Mentale di lavorare in integrazione con la Medicina Generale, tramite servizi specifici di *Consultation –Liason*.<sup>102</sup>

Nei primi anni 2000 è stato condotto dall'*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED)<sup>103</sup> uno studio che ha fatto emergere dati preoccupanti in tutti i Paesi europei.

In Italia, questo studio, e quelli successivi condotti in collegamento a questo, hanno permesso di evidenziare che, nei primi anni 2000:

- il 18,3% delle persone intervistate affermava di aver sofferto di almeno un disturbo mentale nel corso di tutta la vita, mentre il 7,3% di averne sofferto negli ultimi dodici mesi.
- Tuttavia, la percentuale di coloro che avevano richiesto una consultazione psicologica variava dal 3 al 5,5%<sup>104</sup>;

---

<sup>100</sup> (World Health Organization, 2022)

<sup>101</sup> (Presidenza della Repubblica, 1999)

<sup>102</sup> Modello di intervento, sviluppato in Inghilterra, molto utilizzato e a ponte tra formazione e consulenza.

Secondo questo modello gli specialisti della salute mentale, dovrebbero fornire consulenza e supporto ai medici di famiglia tramite modalità di formazione (Discussioni sul caso, incontro in gruppi ecc) volte a facilitare il corretto riconoscimento, e trattamento, dei disturbi mentali da parte del MMG..

<sup>103</sup> A questo studio presero parte diversi Paesi europei, tra cui 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.

<sup>104</sup> (Lega & Gigantesco, 2008); (Miglioretti & Romano, 2008)

- la depressione maggiore e le fobie specifiche risultavano i disturbi più comuni<sup>105</sup>;
- una prevalenza riferita di disturbi mentali, intorno al 4,4%, per la popolazione generale (con un picco del 9,8% per gli ultrasessantacinquenni)<sup>106</sup>.

Per quanto riguarda il rapporto tra salute mentale e MMG, l'ESEMED ha evidenziato che in tutti i Paesi d'Europa i disturbi mentali rappresentano un importante carico di lavoro per i Primary Care Provider. In Italia, tale dato è stato confermato da uno studio del 2002<sup>107</sup>, dove veniva evidenziato che:

- la prevalenza del Disturbo Depressivo (secondo la classificazione ICD-10) registrata negli studi dei MMG, è dell'8,4%;
- i pazienti affetti da una sintomatologia ascrivibile al Disturbo Depressivo effettuavano accessi più frequenti (27,7%) rispetto agli accessi dei pazienti non depressi (12,8%);
- il 41% delle richieste di consultazione al MMG era a seguito di problemi di natura psicologica o familiare.

Nel 2008, un altro studio italiano<sup>108</sup> evidenziava che il 24% dei pazienti che accedevano allo studio del MMG presentava un disturbo qualificabile come depressione (nel 10,4% dei casi) o ansia (nel 7,9%), e che solo il 2% di essi si rivolgeva direttamente ai Servizi di Salute Mentale.

---

<sup>105</sup> (De Girolamo, et al., 2006)

<sup>106</sup> ISTAT

<sup>107</sup> (Berardi, et al., 2002)

<sup>108</sup> (Curcetti, Ottobre, 2008)

Per quanto riguarda il tipo di trattamento fornito, uno studio condotto nel 2007 a Verona<sup>109</sup> ha evidenziato che, in un campione di popolazione di circa 233.000 persone, il 3,9% riceveva una prescrizione di antidepressivi, che solo il 6% dei medici non aveva in carico pazienti in cura con farmaci antidepressivi, e che il 65% dei medici trattava con antidepressivi da 3 a 5 pazienti ogni 100.

Considerazioni su dati più aggiornati possono essere fatte grazie a un'indagine ISTAT che fa emergere che, dal 2005 al 2015, a una migliorata salute fisica, si affianca un peggioramento significativo della salute mentale.

Nel 2015, il Rapporto dell'Osservatorio nazionale sull'impiego di medicinali<sup>110</sup> metteva in luce che un milione di pazienti erano stati trattati, nel 2014, con farmaci antidepressivi, in aumento rispetto all'anno precedente.

È 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 inoltre 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"<sup>111</sup>.

A partire da questi dati, l'impegno italiano verso un'integrazione della salute mentale all'interno delle cure primarie è aumentato, con la creazione di diversi progetti e le diverse proposte

---

<sup>109</sup> (Baviera, et al., 2007)

<sup>110</sup> (OSMED, 2015)

<sup>111</sup> (Wang, et al., 2007)



di legge che si sono susseguite negli ultimi anni. L'ultima di queste proposte, presentata alla Camera il 19/06/2023<sup>112</sup>, è attualmente in corso di esame in Commissione Sanità.

Questa nuova proposta di legge prevede la presenza dello psicologo di base nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale, con il compito di promuovere il benessere psicologico nella medicina di base e nei servizi e presidi sanitari e sociosanitari territoriali attraverso le attività di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione, e attraverso adeguati percorsi individuali e di comunità, centrati sulla promozione di sani stili di vita e sul benessere psicologico.

La proposta prevede che lo psicologo delle cure primarie svolga la sua attività in collaborazione con i servizi e i professionisti delle cure primarie, assolvendo i compiti di presa in carico della persona, della valutazione multidimensionale dei bisogni, della definizione di piani personalizzati di inclusione, assistenza e cura e dell'integrazione dei servizi destinati alla persona in tutto l'arco della vita. Prevede, infine, che eserciti le sue funzioni presso le case e gli ospedali di comunità, nei consultori familiari e nelle ulteriori articolazioni organizzative della medicina di cure primarie.

Questa non è la prima proposta di legge che abbiamo visto presentare negli ultimi vent'anni, su questo tema. Nessuna delle precedenti, tuttavia, è mai andata a buon fine, a causa di discontinuità politica e amministrativa<sup>113</sup>.

---

<sup>112</sup> Proposta di legge "Istituzione del servizio di psicologia del territorio e delle cure primarie nonché della figura professionale dello psicologo delle cure primarie" (Di Lauro, et al., 2023)

<sup>113</sup> (Liuzzi, 2020)

## Il nuovo PNRR e il DM 77-2022

Per rispondere alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale, diventate evidenti a seguito della pandemia COVID-19, il governo italiano ha inserito la “Missione Salute” all’interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza<sup>114</sup>, in cui è stato deciso come gestire i fondi provenienti dal *Next Generation Eu*<sup>115</sup>

Alla Missione Salute è stato destinato l’8,16% dei fondi previsti dall’Europa per sostenere importanti riforme ed investimenti, da realizzare entro il 2026.

Lo scopo di tali riforme è quello di:

- Adeguare il SSN ad un mutato contesto demografico ed epidemiologico;
- Garantire uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute;
- Rendere la rete di assistenza primaria territoriale in grado di rispondere al fabbisogno di salute;
- Rendere capillare l’offerta di salute sul territorio, nei termini di prevenzione e cura, eliminando le disparità geografiche;
- Sfruttare appieno a pieno le opportunità di miglioramento dell’offerta di salute derivanti dall’impiego dell’innovazione tecnologica, dall’avanzamento della ricerca in campo medico e dalla valorizzazione del personale del SSN.

Per raggiungere questi obiettivi, sono state identificate due specifiche aree di intervento:

---

<sup>114</sup> (Governo della Repubblica italiana, 2021)

<sup>115</sup> Strumento di ripresa e rilancio economico introdotto dall’Unione europea per risanare le perdite causate dalla pandemia

1. Sanità più vicina e prossima alle persone: Ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale al fine di migliorare la prossimità;
2. Sanità più sicura, equa e sostenibile: Innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il SSN, investire in ricerca e formazione.

La prima area di intervento mira a rafforzare servizi e prestazioni erogate sul territorio, per mezzo della costruzione di Case di comunità, Ospedali di comunità, Centrali Operative Territoriali. Allo stesso tempo, prevede un rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e l'integrazione fra tutti i servizi socio-sanitari.

È prevista, quindi, una riforma dell'assistenza territoriale, volta a fornire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria.

La riforma è volta anche a individuare e uniformare nuovi standard tecnologici su tutto il territorio nazionale. In linea con il progetto "One Health", inoltre, tale riforma prevede un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione sanitaria, ambientale e climatica.

Per quanto riguarda la seconda area di intervento, essa si concentra principalmente sull'ammodernamento delle strutture tecnologiche digitali, completando la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico e migliorando la capacità di monitoraggio e di erogazione dei LEA.

Si propone, inoltre, di potenziare le risorse destinate alla ricerca scientifica e sull'accrescimento delle competenze del capitale umano attraverso la formazione.

Dopo l'approvazione del PNRR, è stato promulgato il decreto DM77/2022<sup>116</sup>, che definisce i modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN.

Gli obiettivi strategici di questa riforma sono:

---

<sup>116</sup> (Ministero della Salute, 2022)

- Migliorare accesso ai servizi sanitari;
- Migliorare la qualità dei servizi sanitari;
- Migliorare l'efficienza dei servizi sanitari;
- Garantire la sostenibilità economica del SSN.

Diverse sono le novità introdotte dal decreto, al fine di raggiungere tali obiettivi, ma quelle degne di nota sono l'istituzione di:

- Ospedali di Comunità: Strutture sanitarie che offrono assistenza a bassa intensità assistenziale, destinati ad avere in carico le patologie croniche o le fragilità;
- Case della Comunità: Strutture di prossimità che offrono assistenza h24 7/7, con servizi sanitari e socio-sanitari;
- Centrale operativa: Istituzione di un numero di telefono gratuito, a disposizione della popolazione, attivo h24 da contattare per esigenze sanitarie o socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale;
- Centrali Operative Territoriali (COT): Strutture che si occupano di coordinare la presa in carico dei pazienti e il raccordo tra differenti strutture sanitarie, con lo scopo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Questo servizio è stato istituito al fine di migliorare la qualità dei servizi e ridurre i tempi di attesa;
- Unità Continuità Assistenziale: Servizio sanitario che garantisce assistenza domiciliare ai pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità;

- Assistenza domiciliare integrata: Servizio che assicura assistenza domiciliare integrata a pazienti che necessitano di cure mediche e/o infermieristiche. Si occupa di gestire livelli di intensità e complessità variabili;
- Infermiere di Famiglia e Comunità: Istituzione di una figura di riferimento che si occupa di fornire assistenza a intensità e complessità variabile, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità.

Per rendere più capillare l'assistenza e facilitare l'erogazione dei servizi ai cittadini, è prevista un'implementazione (e in alcuni territori l'istituzione) di una telemedicina che garantisca, seppur a distanza, qualità del servizio, tracciabilità, sicurezza e privacy ai cittadini.

Allo stesso modo risulta imprescindibile una piena continuità dei flussi informativi tra tutti gli operatori sanitari, anche questa garantita dalla telemedicina, e in particolare dall'istituzione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina. Tale piattaforma sarà particolarmente importante per garantire assistenza a tutti quei cittadini che vivono in aree disagiate o che abbiano difficoltà di accesso alle varie strutture tradizionali. I principali servizi erogabili saranno: Televisita, Teleconsulto, Telemonitoraggio e Teleassistenza, tutte erogate a distanza dal medico, eventualmente con l'aiuto del caregiver, per mezzo di videochiamate.

I Medici di Medicina Generale, quindi, vedranno nei prossimi anni una nuova organizzazione del loro lavoro, nell'ottica di un miglioramento della sanità pubblica e ambientale, in linea con il concetto di "One Health".

Essendo, quindi, i MMG i principali destinatari, nell'ambito delle cure primarie, delle modifiche decise dal DM 77/2022, appare interessante esplorare il loro punto di vista sui temi fin qui presentati.

Da qui nasce la ricerca, di cui si parlerà nel prossimo capitolo.

### **3. La ricerca: il punto di vista del medico di medicina generale sul tema della salute.**

#### **3.1. Area di indagine, strumenti, campionamento**

L'interesse per questa area di indagine è scaturito dai racconti di alcuni Medici di Medicina Generale rispetto all'utenza afferente ai loro studi. Da questi racconti è stato possibile constatare la significativa incidenza di problematiche psicologiche e sociali nel territorio in cui questi medici operano.

Ci siamo quindi chiesti come i medici affrontassero e gestissero queste problematiche, se il loro intervento integrasse i principi del paradigma bio-psico-sociale, e se il loro concetto di salute rispecchiasse la direzione che l'organizzazione mondiale della sanità e l'Unione Europea hanno tracciato verso l'*One Health*.

Per rispondere a queste domande di ricerca, lo strumento scelto è stato quello dell'intervista semi-strutturata, per la sua capacità di raccogliere i significati simbolici dell'interazione. La metodologia scelta per l'analisi dei dati è stata quella proposta dalla *Grounded Theory*.

L'accesso al campo è stato effettuato intervistando inizialmente i medici aggregati all'interno di un unico studio. Dopo aver sentito i primi tre medici, il campione è stato ampliato andando a includere medici operanti in contesti differenti, di diversi distretti, e diverse ASL. Il campionamento è poi proceduto nel tentativo di includere e indagare il punto di vista di medici di diverse generazioni (e quindi formazione) e diversi generi.

La ricerca ha così coinvolto in tutto 18 Medici di Medicina Generale, 12 donne e 6 uomini. Per quanto riguarda il contesto, 13 medici lavorano in un contesto urbano, uno in contesto rurale,

5 in un contesto misto. Dei 18 medici intervistati, 8 lavorano come MMG da 4 anni, 8 da almeno 15 anni e 2 sono ancora in fase di formazione.

### **3.2. Raccolta e codifica dei dati.**

Le interviste sono state audio-registrate e successivamente sbobinate, al fine di non perdere elementi fondamentali per la comprensione del punto di vista dei MMG.

#### **La metodologia: la Grounded Theory.**

Glaser e Strauss<sup>117</sup> definiscono la *Grounded Theory* (GT) come “un metodo generale di analisi comparativa e un insieme di procedure capaci di generare sistematicamente una teoria fondata sui dati”.

La GT vede la sua nascita sul campo grazie a una domanda di ricerca sulla consapevolezza del morire nei contesti ospedalieri della California<sup>118</sup>.

Tale metodo prevede che osservazione ed elaborazione teorica procedano di pari passo, in continua interazione. La teoria scaturisce dalla ricerca empirica e non viceversa. L’accento è quindi posto sui dati raccolti, mentre le teorie derivano direttamente dall’analisi dei dati. Per questa ragione l’approccio dovrebbe essere, dunque, libero da qualunque pre-strutturazione teorica.

La *Grounded Theory*, nel corso degli anni, è stata arricchita da una pluralità di approcci e orientamenti, ma mantiene alcuni elementi caratterizzanti:

---

<sup>117</sup> (Glaser & Strauss, 1967)

<sup>118</sup> (Glaser & Strauss, 1965)

- Esplorare il processo. La GT mira a far emergere processi sociali e psicologici di base che sottendono i fenomeni indagati, tramite un'analisi del linguaggio e dei significati;
- Campionamento teorico. I soggetti della ricerca vengono selezionati tramite un campionamento in itinere, che si sviluppa simultaneamente alle fasi di analisi, con un'estensione progressiva del numero e delle caratteristiche dei partecipanti. Lo scopo è quello di garantire l'aderenza delle interpretazioni alla realtà del fenomeno oggetto di studio;
- Simultaneità di raccolta e analisi dei dati. Rende possibile il campionamento teorico. Per giungere ad una riflessione analitica adeguata, è necessario tornare costantemente sul campo. Durante la raccolta dati, infatti, si definiscono le prime categorie rilevanti, viene riformulata costantemente la domanda di ricerca in funzione dei dati che vengono a mano a mano raccolti, e vengono ridefinite le proprietà e gli attributi delle categorie, attraverso un lavoro circolare di revisione costante, alla luce dei dati emergenti. La difficoltà di questa caratteristica, per il ricercatore, è quella di avere sempre presente la dimensione analitica, durante la raccolta dati, e viceversa;
- Produzione di memo e diagrammi. Ogni approccio evidenzia l'importanza di raccogliere annotazioni lungo tutto il processo di ricerca, per garantire uno spazio metacognitivo. Tali annotazioni rappresentano l'impalcatura della ricerca, pur non trovando spazio nella relazione finale;
- Costante comparazione ad ogni livello di analisi. Durante l'intero processo i dati che vengono raccolti in ogni fase, vengono costantemente confrontati tra loro: partendo dalle etichette generate dalla prima codifica, dagli eventi diversi osservati e dalle categorie individuate e le loro proprietà. Il confronto fra elementi differenti è ciò che consente l'intuizione;



- Costruzione della codifica a partire dai dati. La codifica deve procedere in maniera lenta e progressiva, senza mai distaccarsi dalla base empirica, durante tutta la raccolta dati e con periodici ritorni ai dati iniziali;
- Concettualizzazione. La GT conduce alla creazione di una teoria e non alla descrizione della stessa. La teoria prende forma durante le varie fasi di raccolta, codifica e analisi dei dati. La teoria viene costruita tramite complessi processi di negoziazione del significato tra attori, contesto e ricercatori.

Le caratteristiche metodologiche di questa cornice sono sostanzialmente quattro:

- Aderenza ai dati: Non si devono forzare i dati per farli aderire alla cornice teorica, ma le categorie interpretative, che costituiscono la teoria, devono essere fondate induttivamente sui dati. I dati che non si accordano sono indicativi di una non saturazione delle categorie e producono, quindi, una revisione ed estensione della ricerca;
- Rilevanza. Perché una teoria sia fondata, è imprescindibile che sia rilevante per l'area di indagine a cui si riferisce. Per questa ragione, la teoria prodotta deve rispettare due criteri: deve avere un alto potere esplicativo e deve essere concettualmente densa;
- Efficacia. La GT è chiamata a produrre esiti che siano significativamente rilevanti e applicabili al contesto di riferimento. Essa funziona perché è in grado di spiegare in modo sistematico ciò che accade all'interno di un determinato contesto teorico. Se le categorie sono aderenti ai dati, se la teoria prodotta è significativamente rilevante, allora sarà possibile, per gli operatori, riconoscersi nei risultati ed è questo che conferma che i risultati sono adeguati ai contesti in cui sono stati generati. Questo non solo li rende utili e concreti, ma, soprattutto, li rende facilmente trasformabili in azioni concrete;
- Modificabilità. La GT è caratterizzata da un processo circolare ed è una teoria sempre in movimento, che viene modificata con l'acquisizione di nuovi dati e aspetti. L'emergere di

nuove categorie, quindi, non falsifica la ricerca, ma la rende sviluppabile e ampliabile alla luce dei nuovi dati riscontrati.

### **La GT in pratica.**

La prima fase della GT è costituita dall'individuazione dell'area di indagine. A differenza delle altre metodologie di ricerca, la GT non vede la sua origine da ipotesi da verificare scaturite da una meticolosa analisi della letteratura, ma dal desiderio di esplorare una precisa area di indagine, senza approcciare il contesto riducendolo a poche e controllabili variabili. In questo modo, sarà possibile osservare il contesto in tutta la sua complessità e globalità.

Una volta definita l'area di indagine, dalla stessa deve generarsi la domanda di ricerca che, nel caso della GT, deve essere aperta e non eccessivamente focalizzata.

Il passaggio successivo è quello di definire gli strumenti utilizzati per la raccolta dati. Diversi sono gli strumenti utilizzabili operando all'interno di una cornice GT, ma il principale resta quello dell'intervista semi-strutturata.

Secondo la metodologia GT, si parte da un'intervista molto poco strutturata per poi definire più precisamente le domande; a mano a mano che si raccolgono i dati, si definiscono le categorie ed emerge la teoria.

Una fase importante è quella del reclutamento, che avviene allargando ed estendendo il primo gruppo di soggetti progressivamente, sulla base degli stimoli che provengono dalla teoria emergente.

Per quanto riguarda la raccolta e analisi dei dati, la GT prevede che siano fatti contemporaneamente.

Una prima codifica (chiamata "aperta") avviene grazie al lavoro interpretativo che viene svolto dopo la sbobinatura delle interviste stesse. Viene effettuata una codifica parola per parola,

frase per frase, o segmento per segmento, che fanno emergere tutte le direzioni interpretative possibili, individuando le unità di significato minime. A queste unità viene attribuita un'etichetta.

Grazie a questo primo lavoro di codifica, viene ampliato il campione e viene progressivamente strutturata l'intervista.

La codifica dei dati prodotti dopo l'ampliamento del campione, è detta "focalizzata", perché basata su dati più focalizzati dei precedenti. L'estensione del campione termina nel momento in cui le varie categorie di significato vengono totalmente saturate.

Grazie al contributo dell'ampliamento del campione, si ha una progressiva strutturazione delle domande e lo sguardo del ricercatore si fa progressivamente più sensibile, atto a cogliere temi rilevanti.

Anche la codifica, in questa fase, si fa via via più analitica, discostandosi da una codifica di tipo descrittivo, aprendo nuove piste e chiudendo quelle che si ritengono sature o non rilevanti e cominciando, quindi, a fare emergere i temi più salienti.

La porzione di testo presa in esame è più ampia, si considerano temi che si presentano più frequentemente o più intensamente, consentendo di codificare i dati in modo più incisivo.

Lungo tutto il processo, è fondamentale la scrittura di memo "o annotazioni", che andranno a costituire l'impalcatura dell'intero disegno di ricerca: annotazioni rispetto alla conduzione delle interviste, alle riflessioni che portano ad un ampliamento del campione, alle note inerenti all'attività di categorizzazione, devono essere esposte in maniera discorsiva e giustificate analiticamente.

Il processo analitico in cui si collegano tutte le categorie emerse dalla codifica focalizzata, viene chiamato codifica "teorica". In questo livello prende forma quella che sarà poi la teoria. Questo processo accompagna, in realtà, gran parte del percorso, perché, per essere completato, necessita di un ritorno frequente ai dati e di correzioni continue. La codifica teorica è completata da una serie di passaggi:

1. Mettere a punto le categorie,
2. Collegare le categorie tra loro;
3. Individuare la *Core Category*;
4. Integrare e delimitare la teoria.

**Mettere a punto le categorie.** La codifica focalizzata genera categorie ancora grezze, che necessitano di una maggiore concettualizzazione. La ricerca della *Core Category* è ciò che accompagna e fornisce senso a tutto il processo. Questo, infatti, permette al ricercatore di non perdersi fra le decine di categorie possibili che si espandono con diverse ramificazioni. Via via che la teoria viene definita, le categorie prendono forma e vengono loro assegnati dei nomi che sono aperti, dinamici, capaci di evocare una riflessione. È importante, inoltre, dare una definizione chiara ed esauriente della categoria stessa, così che sia facilmente comprensibile.

**Collegare le categorie tra di loro.** Le categorie, fino ad ora codificate, sono emerse assieme alle relazioni che le collegano. Il compito del ricercatore in questa fase è quello di analizzare le relazioni collegando le categorie tra loro ed esplicitando la natura della loro relazione, sviluppando le categorie e le sottocategorie, sulla base delle loro proprietà e dimensioni, e porre le categorie in una relazione gerarchica, individuando le macrocategorie.

**Individuare la *Core Category*.** La *Core Category* emerge dall'analisi delle categorie. Per facilitare la sua individuazione, è utile lavorare per mappe concettuali, disegnare grafici e ricorrere alla narrazione della storia di ricerca, che consentono di strutturare i concetti fin qui frammentati. Si tratta della categoria centrale, non solo quella più frequente o maggiormente ramificata, ma anche quella più densa di significato, potente analiticamente e saturo. La *Core Category* può essere individuata induttivamente attraverso il lavoro gerarchico di collegamento delle categorie emerse dai dati.

**Integrare e delimitare la teoria.** A questo punto, occorre delimitare l'ambito di validità della teoria e focalizzare la domanda di ricerca. Questo procedimento è fattibile solo nel momento in cui si conosca la risposta alla domanda, cioè, a fine analisi. A questo punto, quindi, è necessario tematizzare il processo generale, interrogando nuovamente le categorie e i dati, in un processo continuo *Bottom-Up*, per poi integrarle tra loro in un modello interpretativo unitario che spieghi i processi che legano tra loro le categorie.

### **3.3. Analisi dei dati e risultati**

Seguendo la metodologia della *Grounded Theory*, al termine della codifica aperta sono state prodotte circa 3900 etichette, che sono state poi categorizzate, con la codifica focalizzata, in circa 300 categorie di secondo livello. Con la categorizzazione assiale sono state poi collegate tra loro le categorie di secondo livello. Sono così emerse quasi autonomamente, come previsto dalla metodologia stessa, dieci *Core Categories*, sufficientemente sature da permettere alla teoria di evidenziarsi.

Ciò che è emerso, come vedremo successivamente, è un generale sentimento di solitudine e di stanchezza dei MMG, assieme a problematiche legate al rapporto medico-paziente, all'impotenza rispetto alla possibilità di curare il paziente nel modo che loro riterrebbero più opportuno - a causa di problematiche legate al Sistema Sanitario Nazionale e alla carenza di formazione - e alla mancanza di possibilità di collaborare in modo proficuo con altri specialisti della salute.

Di seguito, vengono approfondite le *Core Categories* emerse.

## Le Core Categories



Figura 1 Le Core Categories

## Formazione



Figura 2 Core Category "Formazione" e categorie di secondo livello

### Formazione durante il corso universitario

Dalle interviste appare chiaro quanto la formazione universitaria sia ancora indissolubilmente legata al paradigma biomedico. Non pare esserci una sostanziale differenza rispetto a quando i medici si sono laureati, indice che poco o niente risulta cambiato negli ultimi 30 anni.

Nessuno ha potuto seguire lezioni specifiche rispetto alla gestione di disagi psicologici lievi. La sola formazione, rispetto alla salute mentale, è stata fornita tramite un unico esame di psichiatria.

*“La mia formazione in merito è limitata all'esame di psichiatria durante il corso di laurea”*

Tale corso, inoltre, pare essere stato svolto in maniera molto schematica e molto poco aggiornata.

*“Tutti i miei insegnanti avevano circa 60 anni. Era gente che si era aggiornata nel tempo, ma con cui non abbiamo mai parlato di psicoterapia, di psicologo... della figura dello psicologo”*

*“Ma poi comunque mi ero fatta l'idea ma sì che era proprio una nicchia, che c'è uno ogni 10.000, che non mi toccava”.*

Questo ha portato i medici a non conoscere la reale incidenza del disagio psicologico e a non essere pronti ad affrontare la relazione con i pazienti come persone.

*“Uscita dall'università, non conoscevo il mondo del territorio, per me il paziente finiva con le dimissioni ospedaliere”*

*“Tu studi delle malattie e pensi di trovarle sui muri, appiccicate e così”.*

### **Formazione durante il corso di specializzazione in Medicina Generale**

Il corso di specializzazione in Medicina Generale (attivo da fine anni '90) è stato seguito da tutti i medici giovani e da un medico tra quelli con maggiore anzianità. Gli altri medici hanno cominciato ad operare sul territorio dopo aver conseguito soltanto la laurea in Medicina.

La formazione ricevuta all'interno del Corso di specializzazione pare includere il trattamento del disagio psicologico in misura maggiore rispetto a quanto accaduto nella formazione universitaria, seppure solo con un approccio teorico.

*“Quindi ci si spiegava, ad esempio, come trattare una depressione, quali siano i farmaci che si possono utilizzare e si spiegava il rischio. Quindi come trattare il paziente, ad esempio, con rischio suicidiario”.*



*“Abbiamo fatto un tirocinio al Sert e alla Salute mentale, breve, una sorta di infarinatura per capire dove inviare il paziente”.*

*“Abbiamo fatto soprattutto delle lezioni teoriche con il docente”.*

*“Ma si è sempre parlato solo della figura dello psichiatra”.*

Appare qualche accenno all’empatia, nel rapporto medico paziente, ma sempre trattato da un punto di vista prettamente teorico.

*“Diciamo che è stata data importanza fondamentale all’empatia... lo stare dietro al paziente, cercare di capirlo, di spiegargli bene le cose, tutte cose che ci hanno detto di fare”*

Rispetto al Corso di specializzazione, pare che, nel corso degli anni, siano state apportate delle modifiche al fine di preparare meglio i medici relativamente al rapporto medico-paziente. È stato, infatti, creato un gruppo Balint da seguire durante il corso.

*“Mentre abbiamo fatto degli incontri con gli psicologi che però sono abbastanza virati verso la psicologia del medico più che del paziente. E comunque anche nella relazione con il paziente. Abbiamo fatto delle simulazioni, proprio di approccio medico-paziente, oppure l’interfaccia segretaria-medico-paziente, il modo di approcciare alle richieste, magari anche più insistenti. Mi pare si chiamino gruppi Balint”.*

I due medici attualmente in formazione, inoltre, seguono incontri sia con lo psichiatra sia con lo psicologo per il trattamento del disturbo psicologico lieve.

*“In realtà abbiamo fatto degli incontri con gli psicologi e con lo psichiatra parlando in maniera specifica di ansia e depressione.”*

### **Formazione mancante**

I medici giovani hanno dichiarato che, tanto nella formazione universitaria quanto in quella specialistica, notano una eccessiva teorizzazione, a discapito di una formazione pratica sul rapporto medico-paziente e sulla gestione dello stesso da parte del medico.

*“Qualche lezione sporadica nel corso di specializzazione però devo essere sincero lezioni molto belle dal punto di vista teorico quanto molto poco pratiche, cioè sono quelle cose un po' da baci perugina, tanti buoni propositi ma poche maniere sostanziose per poter fare qualcosa di concreto ed è tutto lasciato molto l'empatia del singolo medico. Il problema è che non tutti sono empatici allo stesso modo”.*

*“Durante la formazione è completamente assente l'elemento paziente, l'elemento umano”.*

Altro elemento pressoché inesistente è un lavoro di consapevolezza personale, per poter approcciare il paziente in modo appropriato e gestire meglio la relazione.

*“Aveva dato degli elementi su di noi e sul lavoro su di noi, strumenti pochi però. Proprio delle, come dire, delle tips. Però sulla gestione dei disagi psicologici quando hai il paziente davanti, no”.*

*“Me ne rendo conto perché ho fatto anni di psicoterapia e non perché qualcuno mi abbia realmente insegnato a stare a contatto con il pubblico e al lavoro di consapevolezza personale richiesto in questo mestiere”.*

Questo sembra comportare sentimenti di frustrazione nel medico, che non si sente adeguato alla gestione di determinati disagi.

*“Riuscire ad individuare e gestire quello che è il disagio psicologico sotto soglia... ecco, questo nessuno ce lo ha mai insegnato”.*

*“Nessuno, ed è un tipo di utenza che capita sempre più frequente, ti insegna ad avvicinarti all'ipocondriaco vero”.*

*“Dire di avere una formazione per cui io posso essere in grado di gestirmi il paziente al 100%, no”.*

La cosa interessante è che non sempre l'esperienza e il lavoro sul campo porta alla costruzione di competenze personali adatte a gestire tali aspetti, come riportato da uno dei medici con maggiore anzianità.

*“Molte volte mi sento inadeguato, non è una cosa su cui sono stato formato e glielo dico in tutta franchezza, è una di quelle cose in cui faccio quello che posso, perché era uno di quegli aspetti della medicina in cui mi sentivo anche meno, come si può dire, portato, come si può dire, minore attitudine”.*

### **Avere una seconda specializzazione.**

Quasi tutti i medici di “vecchia” generazione possiedono almeno una seconda specializzazione.

In particolare, in due casi avevano una specializzazione in scienze alimentari, in uno in dietologia e in un altro in omeopatia e fitoterapia.

La medicina omeopatica, in particolare, appare quella che si discosta di più dal modello bio-medico, a partire dall'anamnesi.

*“Non ho mai ricevuto formazione specifica rispetto alla gestione dei sintomi psicologici all’interno delle cure primarie, però ho una storia di medicina omeopatica e fitoterpica, per cui c’è un approccio completamente diverso al paziente: ci sono più indagini, molte più domande da parte mia”.*

Tra i medici con specializzazione in dietologia e in scienze dell’alimentazione, invece, solo uno utilizza le proprie conoscenze per approcciare con un nuovo sguardo la salute, ma solo quando ha il tempo di farlo.

*“Io rompo abbastanza le scatole sui comportamenti di salute, perché come altra specialità sono dietologa; quindi, rientra un po’ già nella mia formazione. Così sono una che insiste molto sul discorso del mangiare corretto e fare movimento ma perché fa parte già anche della mia specializzazione”.*

### **Costruzione di competenze personali**

Non avendo ricevuto formazione specifica tanto sul trattamento del disagio psicologico lieve quanto sul come affrontare la relazione medico-paziente in maniera appropriata, la maggior parte dei medici ha cercato altre strade per costruirsi tali competenze o ha imparato dall’esperienza sul campo (questo ultimo caso riguarda principalmente i medici più anziani, che vantano un’esperienza ventennale).

Per gestire il contatto con il paziente, alcuni attingono alle proprie esperienze di vita personale (come lo scoutismo) per entrare in contatto con i giovani e le loro necessità, altri a esperienze lavorative precedenti.

*“Mi hanno regalato un paio di libri proprio sul rapporto con le patologie psichiatriche a cui il medico di medicina generale può andare incontro”*

*“Ho fatto un percorso personale. Perché praticamente prima ero una coccinella. Quindi nel centro storico abbiamo fondato un’unità scout e aperto un doposcuola e siamo state veramente proiettate verso ogni sorta di problematica adolescenziale”*

*“Poi tutti gli anni di ospedale, quindi già lì facevi pratica, facevi soprattutto l’ambulatorio. Quindi il primo approccio con l’ambulatorio è stato in ospedale”.*

I medici giovani non hanno il tempo di seguire altri corsi di formazione, a parte quelli obbligatori ECM<sup>119</sup>. Alcuni di loro, però, hanno ritenuto opportuno seguire un percorso personale di psicoterapia per poter gestire meglio la relazione medico-paziente e lo stress professionale.

*“Sono due anni di felice connubio con la mia psicoterapeuta”.*

*“Ma me ne rendo conto perché ho fatto anni di psicoterapia”.*

### **Tirocini post-lauream**

Dopo il conseguimento della laurea, tutti i medici frequentano un mese di tirocinio in ambito territoriale. Tuttavia, non sembra che questo sia sufficiente a fornire loro le competenze necessarie a stare nella relazione in ottica bio-psico-sociale.

*“Tutti i medici si fanno almeno un mese di territorio, che però chiaramente lascia il tempo che trova poi..”*

---

<sup>119</sup> Educazione Continua in Medicina. Si tratta di crediti obbligatori che i medici di medicina generale devono acquisire a titolo di aggiornamento.

Per quanto riguarda il corso di specializzazione, invece, il tirocinio sul territorio appare abbastanza formativo, almeno per quanto riguarda la conoscenza del contesto in cui il medico lavorerà.

*“Il medico da cui ti inviano a fare il tirocinio è vicino alla zona di residenza dove facilmente richiederai le convenzioni. Quindi in qualche modo c’è un passaggio di consegne”*

Tuttavia, poiché il tirocinio è effettuato presso medici più anziani che, come abbiamo visto, hanno problemi simili a quelli dei giovani rispetto alla gestione di tematiche psicologiche e sociali, difficilmente il tirocinio si configura come formativo da questo punto di vista.

### **Corsi di formazione rivolti al MMG**

Al medico è richiesto di conseguire annualmente un aggiornamento attraverso un certo numero di ECM, che riguardano però principalmente tematiche tecniche (soprattutto nozioni su nuovi farmaci).

I medici di “vecchia generazione”, invece, in passato hanno potuto frequentare corsi per poter implementare le proprie competenze:

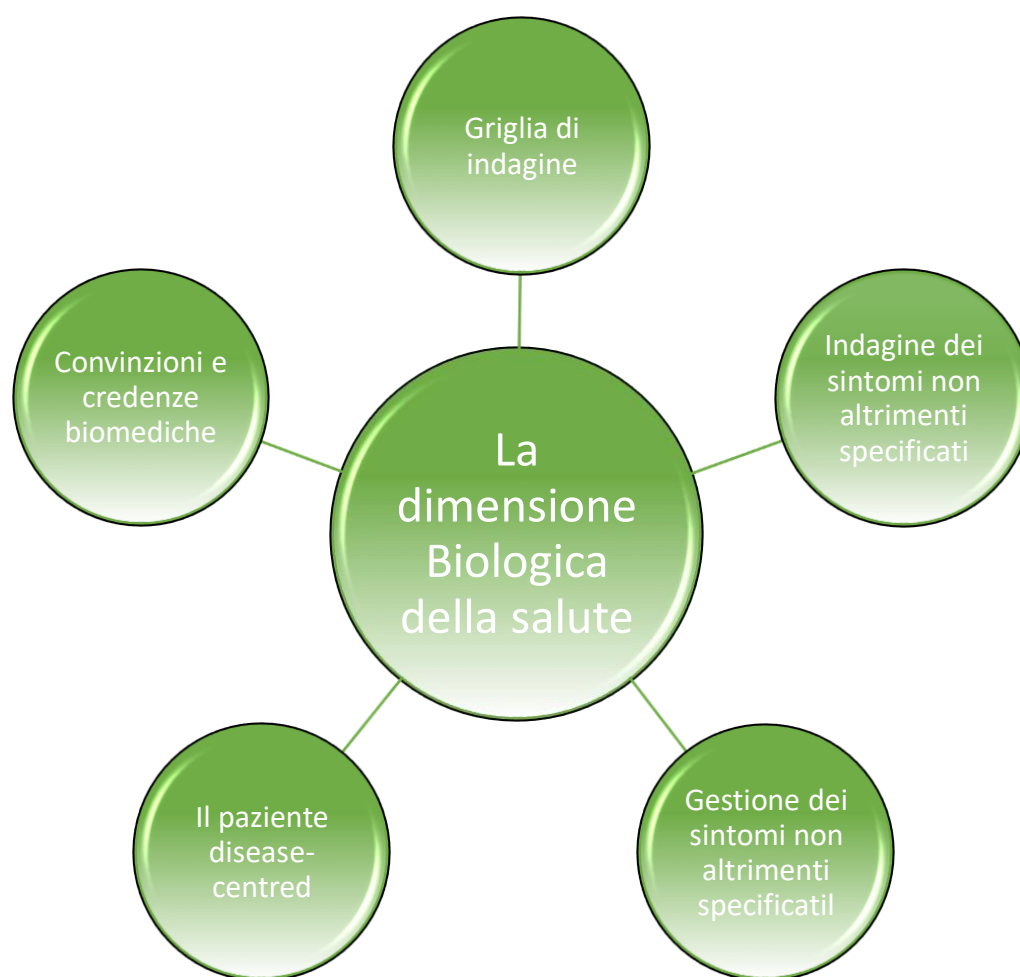
*“Appena laureata ho fatto un corso di medicina integrata. All'epoca con medicina integrata si intendeva la visione del paziente nel suo insieme, comprendendo anche l'ambiente in cui vive, la sua storia familiare, di lì poi è venuta fuori l'epigenetica, tutte queste cose”.*

*“Non avevo alcun tipo di formazione e quindi ho fatto il primo corso introduttivo alla medicina psicosomatica, è stato utilissimo”.*

*“Io ho fatto corsi per i medici di famiglia sui farmaci per la depressione”*

*“Mi è capitato, circa dieci anni fa, di partecipare ai corsi che faceva la SIMG (società scientifica italiana di medicina generale). Andavamo la sera eravamo un gruppetto eh e ogni volta lo psichiatra ci chiedeva “di cosa volete parlare” e noi gli ponevamo allora delle domande”.*

### **Dimensione biologica della salute**



*Figura 3 Core Category "Dimensione Biologica della salute" e categorie di secondo livello.*

### **Griglia di indagine**

Appare chiaro, dalle interviste, che i medici seguono un percorso ben definito per giungere a una diagnosi, e che questo percorso si avvale principalmente di indagini di ordine tecnico-scientifico.

*“Faccio proprio il medico. Nel senso prescrivo esami, accertamenti. Quando tutto è negativo, quando ormai dici beh, non è questo, non è quello, non è altro...allora poi se subodori qualcosa di organico e capisci che non ci puoi arrivare, invii allo specialista. Quando è tutto negativo solitamente lo spiego anche al paziente”.*

Il marcato affidamento a queste griglie diagnostiche può portare il medico a sperimentare frustrazione, quando non può utilizzarle.

*“Il disturbo psicosomatico fa parte di quelle cose che sarebbe carino imparare a gestire, in realtà poi ti ritrovi a gestirle un po' improvvisando, perché non hai delle linee guide precise”.*

### **Indagine sui sintomi non altrimenti specificati**

I sintomi non altrimenti specificati sono una sfida per il MMG. *In primis* perché, per formazione e per categorie di riferimento, egli tende a ricercare cause organiche per i sintomi; secondariamente perché, per sua natura, questa sintomatologia si presenta in forme che non sono riconducibili all'approccio bio-medico. Inoltre, questa sintomatologia, per le sue caratteristiche genera frustrazione tanto nel medico quanto nel paziente, rendendo il rapporto terapeutico molto complicato, in termini di aderenza alle cure. Spesso, i pazienti che non vedono una soluzione rapida al loro problema preferiscono cambiare medico.



*“Esistono dei protocolli di diagnosi e terapia. Quindi quei protocolli vengono seguiti. Quando però si esaurisce la cosa, compare un altro sintomo. E quindi poi è molto in loop la cosa, spesso se ne vanno loro”.*

*“Prima svisceri tutta la parte organica, e se non trovi niente di niente...”*

Pare, però, che i medici più giovani ritengano opportuno indagare le cause di questi sintomi, una volta compreso che si tratta di una sintomatologia complessa e non riconducibile a fattori organici.

*“Una volta l’approccio era quello di dare dei sintomatici. Ora vedo che i medici giovani cercano di capire un po’ di più il problema.”*

### **Gestione dei sintomi non altrimenti specificati.**

La gestione dei sintomi non altrimenti specificati, anche quando è chiaro che si tratta di sintomi di disagio psicologico, avviene quasi esclusivamente attraverso somministrazione di farmaci sintomatologici o antidepressivi.

*“Per esempio, per la sindrome del colon irritabile magari ci sono dei farmaci simpatici che possono dare un po’ di sollievo”:*

*“Quindi gli dici “probabilmente lo stato di tensione le provoca questi disturbi” e poi, se è una sintomatologia addominale, gli dai dei farmaci che abbiano anche un sedativo, diciamo, dentro. Quindi cerchi di trattare i vari sintomi per arrivare poi all’antidepressivo”*

La ragione di questo, tuttavia, non va ricercata solo nella formazione di tipo bio-medico, ma anche nella difficoltà che il MMG ha nel gestire i disagi psicologici lievi.

### **Il paziente *disease-centred*.**

La maggior parte dei medici riporta la tendenza dei pazienti a medicalizzare il proprio rapporto con la salute. Solo un medico sottolinea la necessità di de-medicalizzare, considerando la salute come qualcosa che non si tutela delegando al medico e ai farmaci.

*“La salute non la recuperi andando dal dottore ma la recuperi vivendo, avendo chiaro e rispettando te e il tuo corpo, che è la cosa che manca alle persone che pensano che ci sia la terapia per vivere a lungo e non è così.”*

Il paziente che sta sperimentato un disagio, che sia di origine organica o funzionale, e che si reca dal medico, si aspetta di ricevere una terapia farmacologica che risolva il problema. L'aspettativa nei confronti del medico è di “prescrittore di benessere”. Inoltre, la maggior parte dei pazienti continua a richiedere esami diagnostici specialistici per scovare la causa del proprio malessere: sembra che la convinzione culturale rispetto a cause e cura del malessere sia indissolubilmente legata al fattore biologico-organico, anche per il paziente stesso, che si reca dal medico pensando di trovare una risposta semplice, e delegata al medico, al suo problema.

*“I pazienti hanno bisogno di vedere scritto nero su bianco che stanno bene”.*

*“Se non ci sono gli asterischi, allora va tutto bene. La società sta andando in quella direzione lì”.*

Sembra che la rappresentazione sociale della salute sia ancora molto ancorata al paradigma biomedico: salute è assenza di malattia.

Molti medici raccontano anche delle difficoltà incontrate a causa di quello che loro definiscono “*Dottor Google*”. L’avvento della tecnologia e della facilità nel reperire informazioni, come spesso accade, porta sia vantaggi sia criticità.

Spesso la consultazione di Internet genera nel paziente la convinzione di avere patologie importanti e tendenzialmente molto gravi, e riduce la fiducia nel medico.

*“Adesso è terribile perché tu leggi, vai su internet, clicchi i sintomi e quasi sempre ti riconducono a patologie tumorali. Rende il nostro lavoro più difficile, perché i pazienti credono a questo e quindi sono convinti.”*

### **Convinzioni e credenze biomediche.**

Appare chiaro, dalle interviste, quanto sia lontana la formazione del medico rispetto alle problematiche che si ritroverà poi a dover affrontare.

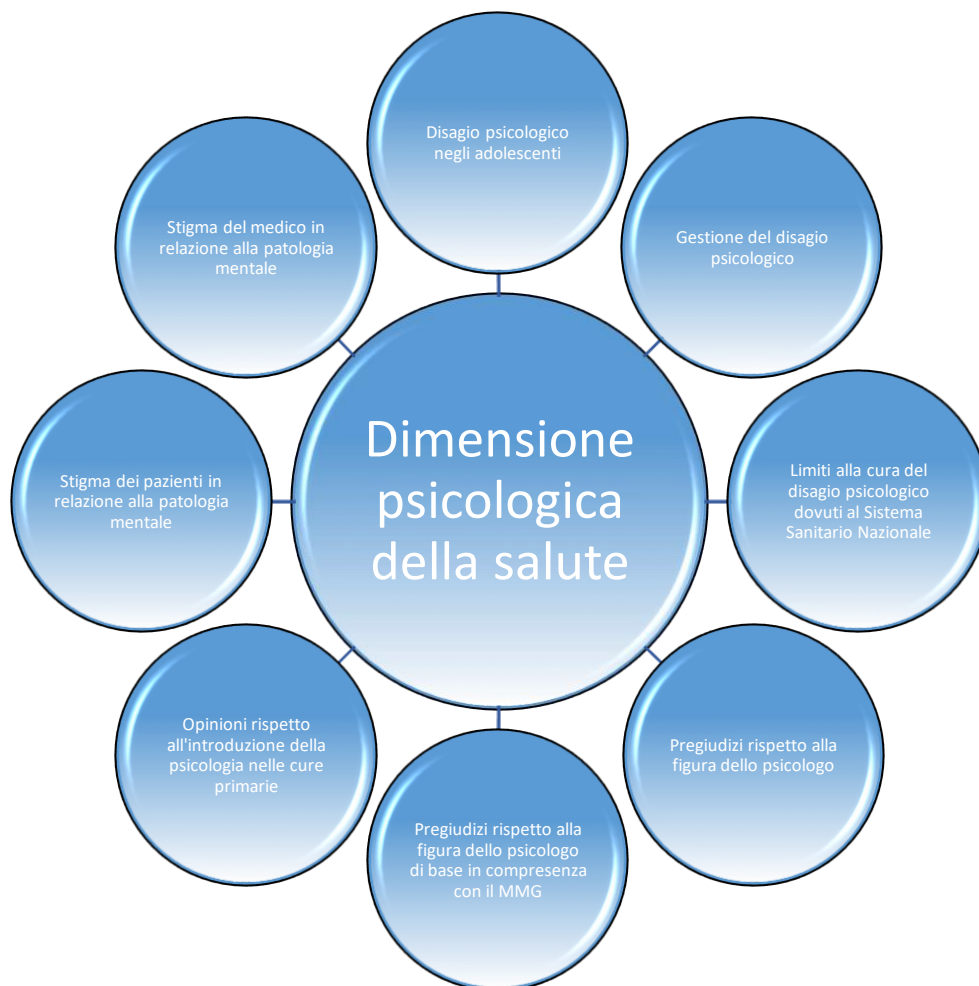
*“Devo dire la verità, che la psicologia era una cosa che rifiutavo abbastanza, agli inizi. E poi così, negli anni, ho capito che dovevo iniziare a capirci un po’. Quando sei molto giovane o appena ti laurei... è proprio pragmatica la medicina!”*

I vantaggi del modello biomedico, legati alla possibilità di prevedere le conseguenze biologiche di una particolare patologia, si scontrano con il riduzionismo insito nel paradigma stesso. I medici riconoscono infatti che le patologie studiate sui libri sono connotate diversamente in base alle caratteristiche del paziente.

Questa presa di coscienza, spesso, causa delusioni, frustrazioni e colpevolizzazione nel medico che, quando esce dall’università, è forte della scientificità legata alla sua professione ed è convinto di poter, affidandosi solo alla scienza, risolvere qualunque problema.

*“Il medico, quando è all’inizio della carriera, appena uscito dall’università, è convinto di poter curare tutto. Poi va incontro a delle delusioni.”*

## **Dimensione psicologica della salute**



*Figura 4 Core Category "Dimensione psicologica della salute" e categorie di secondo livello*

### **Disagio psicologico negli adolescenti.**

Tutti i medici hanno raccontato di un aumento di disagio psicologico nei giovanissimi, e riportano un peggioramento significativo di sintomi depressivi/ansiosi, ma anche casi di gravi condizioni psichiatriche.

*“Ho avuto tanti casi di adolescenti che prima apparivano sereni, che hanno avuto diverse problematiche, la più brutta è una ragazza con scarso controllo degli impulsi e tendenze autolesioniste.”*

Appare evidente lo stabile aumento di sintomatologia depressiva descritto dall’OMS, connotato da un peggioramento repentino dopo la pandemia, in particolare tra i giovanissimi. Viene evidenziato dai medici quanto sia importante avere la possibilità di intervenire su queste problematiche soprattutto con i giovani, che spesso non hanno gli strumenti adatti a gestire questi tipi di disagio.

### **Gestione del disagio psicologico.**

La tendenza della maggior parte dei medici è quella di trattare il disagio psicologico con i farmaci.

Non vi è differenza generazionale: indipendentemente dall’anzianità lavorativa, pare che la prescrizione farmacologica sia una delle prime risorse cui il medico ricorre, nel caso intercetti un disagio psicologico anche di lieve entità.

*“Mi hanno chiamato il dottor Citalopram”.*

Quando intercettano problematiche psichiatriche che reputano più serie, invece, inviano alla salute mentale.

*“Se vedo invece, o comunque mi rendo conto, poi conoscendoli, che è una patologia psichiatrica di livello diverso... più seria, diciamo, allora li invio al centro di salute mentale”.*

Nei contesti socio-economici più agiati, il MMG gestisce i sintomi lievi consigliando uno psicoterapeuta privato.

*“...la psicologa che vede i nostri pazienti in libera professione e funge da supporto a cui inviare i pazienti quando serve una psicoterapeuta”.*

### **Limiti alla cura del disagio psicologico dovuti al Sistema Sanitario Nazionale.**

Uno dei primi limiti, dovuti all'organizzazione regionale della sanità, è dovuto alla mancanza di psicologi all'interno delle cure primarie.

È interessante notare che, a causa di questa mancanza, al Centro di Salute Mentale è stata creata una sorta di trattamento *stepped-care* al contrario, per cui si passa prima dallo psichiatra e poi, eventualmente, dallo psicologo.

*“Lo psicologo è amatissimo. Lo psicologo sarebbe usato in quantità industriale, se non ci fossero i costi. Poi, non posso indirizzare il paziente dallo psicologo, devo indirizzarlo dalla psichiatra che media e gestisce chi inviare poi allo psicologo, perché ce ne sono troppo pochi”.*

Altro problema riscontrato è quello delle liste di attesa. Questo problema è stato riportato da tutti i medici, eccetto uno.

*“Ci sono i grandi problemi perché io tecnicamente invierei alla salute mentale, nel senso, invio allo psicologo. Il problema sono i tempi di attesa che sono terribili”.*

Infine, molti MMG hanno riscontrato un problema nella gestione del disagio psicologico lieve, in quanto il servizio sanitario, per come è strutturato almeno nella nostra regione, ad oggi non prevede una struttura o uno specialista che possa occuparsi di questo tipo di sintomi.

*“Ci manca un punto di accesso, che non sia per lo psichiatrico che ha bisogno di farmaci. Ci manca una struttura dove mandare i casi a bassa intensità”.*

### **Pregiudizi rispetto alla figura dello psicologo.**

In alcuni casi, si notano dei pregiudizi piuttosto marcati sulla figura dello psicologo e sul suo lavoro. Questo accade in particolare nei medici di “vecchia generazione”.

*“Mi rendo conto che lo psicologo è un po’ come l’amico, se l’amico è Strombolo e non va bene, ti fa danno”.*

*“Uno psicologo furbo perché non è che sia così scontato. Mi farebbe un po’ paura ritrovarmi con uno psicologo scemo che poi c’è soltanto quello”.*

### **Pregiudizi rispetto alla figura dello psicologo di base in compresenza con il MMG**

Le obiezioni riportate sono di due tipi. La prima rispetto al fatto che, secondo il medico e per l’esperienza che ha del paziente, lo psicologo verrebbe “fagocitato”, o in alcuni casi “massacrato” dall’utenza.

*“Messi nello studio del medico di famiglia finireste, forse, per essere fagocitati.”*

La seconda è incentrata sul ruolo del medico e su come conciliare la presenza dello psicologo con l'esclusività del rapporto del medico con il paziente.

*“Non saprei come infilarvici, la necessità ci sarebbe... ma va definita, vanno definiti i ruoli, il come. Non riesco ad immaginarlo”.*

*“Perché lo psicologo all'interno dello studio medico è una cosa delicata. Intendo la sua presenza a colloquio con medico e paziente”.*

I medici più giovani, invece, hanno meno difficoltà in questo senso. La maggior parte, anzi, pensa che lo psicologo di base potrebbe essere un'ottima soluzione.

*“Quando si parla dello psicologo di famiglia non ho assolutamente nulla in contrario, anzi! Magari me lo mandassero qua un tot di ore a settimana”.*

### **Opinione rispetto all'introduzione della psicologia nelle cure primarie.**

Lo psicologo inserito all'interno delle cure primarie, ma non previsto in compresenza con il medico, invece, è ben visto da tutti. Gli intervistati ritengono che gioverebbe ai pazienti, ma viene soprattutto percepito come un aiuto per il medico, in termini di tempo risparmiato e di aiuto nella gestione di problematiche che per il medico sono complicate da gestire.

*“Ne gioverebbe la sanità ed io intanto dimezzo il mio lavoro.”*

*“Se lo psicologo fosse all'interno delle cure primarie, non avrei bisogno di fare nessuna telefonata al Centro di salute mentale. Quello secondo me sarebbe.... Soprattutto per la deriva che stiamo prendendo”.*



### **Stigma dei pazienti in relazione alla patologia mentale.**

Tutti i medici hanno dichiarato che lo stigma, rispetto alla patologia mentale, si sta progressivamente abbassando. Ne fanno tutti un discorso generazionale, sostenendo che tra i giovani lo stigma è quasi totalmente superato. Con le persone anziane o di mezza età, invece, rimane una battaglia quotidiana.

*“I giovani, forse per cultura, sono più aperti ad un discorso di salute mentale. Spesso sono loro a chiederti la possibilità di un invio in psicoterapia. Gli anziani, diciamo gli adulti, mezza età, molto meno secondo me. C’è ancora tanto stigma. C’è ancora la convinzione che psicologo o psichiatra significhi essere pazzi”.*

### **Stigma dei medici in relazione alla patologia mentale.**

Anche in questo caso è un discorso generazionale. Parlando con i medici con maggiore anzianità lavorativa, emerge come alcuni di loro abbiano utilizzato parole particolari per riferirsi al disagio psicologico.

*“Quindi poi anche io dico, ma davvero sarà una cosa mentale? Oppure ci sarà veramente qualcosa?”*

*“Prima di bollare un sintomo come psicologico, ci penso molto bene”*

La scelta di termini come “bollare” o il chiedersi, davanti ad un sintomo riferito ma senza causa organica apparente, se ci sia “veramente” qualcosa, fanno riflettere sulla presenza di un pregiudizio introiettato anche nei medici.

## Dimensione sociale della salute



*Figura 5 Core Category "Dimensione sociale della salute" e categorie di secondo livello*

Solo un medico ha parlato della dimensione sociale della salute in termini di importanza della stessa per la condizione di benessere, ma tutti hanno riportato diverse problematiche a livello sociale che necessitano di essere attenzionate, segno che, anche se non lo riconoscono esplicitamente, di fatto considerano la dimensione sociale come importante in termini di salute.

**Continuità territoriale.**

Uno dei problemi riportati è legato alla continuità territoriale. Tanto in termini di assistenza che possa essere erogata quanto, soprattutto, legata alle cure palliative domiciliari di tutti quei pazienti che necessitano di un supporto perché senza caregiver.

*“I pazienti costretti a casa e che non hanno caregiver, ma nemmeno disagi a livello economico, non vengono attenzionati in maniera particolare, nonostante abbiano più necessità rispetto ad altri pazienti che necessitano di cure domiciliari.”*

**Prossimità territoriale.**

La problematica legata alla prossimità territoriale è stata riportata solo dai medici che operano in zone rurali o urbane-rurali.

Riferiscono di avere un significativo problema legato agli anziani soli, che abitano in contesti rurali e lontani dai presidi di cura di secondo livello o dall'ambulatorio del medico.

*“Spesso il medico ospedaliero non ha proprio idea di che cosa accada nel territorio. Per esempio, ti dimettono un paziente dicendoti che devi fare medicazioni giornaliere su una ferita chirurgica. Non tutti i pazienti sono in grado di venire in ambulatorio dove gliela potrei fare io ed io non posso andare a visita domiciliare tutti i giorni”.*

Per alcuni pazienti hanno difficoltà a prescrivere una visita specialistica, perché questi non saprebbero come raggiungere lo specialista. In questi casi devono ricorrere a soluzioni creative.

*“A volte ho potuto tamponare usando i trasporti pubblici convenzionati con la ASL. Magari, come posso dire, esacerbando un po’ la non deambulazione della persona. Però è veramente mettere un pezzo di adesivo su una pezza di un tubo”.*

### **Problemi di comunicazione con gli operatori del sociale.**

La maggior parte dei medici ha parlato di un problema nella gestione delle problematiche sociali che intercettano nel contatto con i pazienti.

*“Una mia paziente viveva in condizioni sanitarie che non erano accettabili ma non era in uno stato di povertà, per cui allora attivi i servizi sociali e ti fai appoggiare dalla salute mentale, quindi è rimasta nel marciame”.*

In altri casi sembra invece che i MMG non siano a conoscenza dei servizi a cui rivolgersi per casi complessi.

*“Anche lì, nessuno mi ha mai detto come si fa una segnalazione ai servizi sociali, in quali casi la devi fare, nessuno me lo ha mai spiegato”.*

Spesso i medici vengono informati dai pazienti dell’esistenza di un servizio messo a disposizione dal Comune, di cui essi non sapevano nulla.

Non hanno contatti con gli assistenti sociali, non hanno un numero di telefono dedicato da contattare, non hanno la possibilità di fare un invio.

*“Alcuni pazienti mi hanno riferito che esistono dei servizi del comune per le persone sole. Servizi di cui io non so nulla e sarebbe anche carino che ce li spiegassero”.*

### **Contesto economico-culturale.**

Vi è una significativa differenza nelle possibilità di cura, in base al contesto socio-economico di riferimento.

*“Lavorare in un contesto socio-culturale povero, implica che il paziente non possa permettersi determinate cure. Non solo la psicoterapia ma anche il fisioterapista, quando la lista di attesa è lunga”*

I medici che lavorano in zone agiate da un punto di vista economico non riscontrano particolari problemi relativi all'accesso alle cure da parte dei pazienti, a differenza dei medici che lavorano in zone più modeste. La psicoterapia privata, comunque, è vista come una cosa costosa dal medico, che tende quindi a proporre i canali pubblici.

*“Cominciare l'analisi, come dicono gli americani, è un lusso, ci vuole... Devi aprire un mutuo. Parliamo di 300-400 euro al mese, è un piccolo mutuo”.*

### **Solitudine.**

La maggior parte dei medici ha riportato situazioni di grave solitudine tra i propri assistiti. Spesso sono persone anziane che non sanno come muoversi o che non hanno nessuno che si occupi di loro.

*“La signora nella gestione della terapia non è particolarmente autonoma, comunque è sempre da sola in casa e quindi alla fine ogni tanto magari non risponde al telefono, per cui chiamano me! Non si capisce per cosa, io più che prescriverle il farmaco non posso fare. Posso andare lì tutti i giorni? Che cosa posso fare io? Serve una badante”.*

*“E tanta solitudine. Che è la malattia più grave”*

*“...dove il caregiver non esiste, ce ne è uno ogni tot, quindi ti arrangi a scrivergli le istruzioni parola per parola”.*

Ma sottolineano anche la solitudine degli adolescenti che, dopo la pandemia, hanno gravi difficoltà a livello sociale.

*“Ma all’adolescente gli vai a togliere i rapporti sociali? Ciao, gli hai tolto tutto. Adesso sono molto carenti, io vedo, nei rapporti sociali.”*

### **Caregiver.**

I medici percepiscono il grido di aiuto dei familiari dei pazienti che necessitano di cure particolari.

*“La persona che abbia in casa un malato cronico, allettato completamente nelle sue mani, mi dice come fa a non aver bisogno di aiuto?”*

Dal figlio adolescente di genitori con problemi psichiatrici, ai genitori di figli con disagio psichico, fino ad arrivare all’anziano con figlio disabile o al figlio adulto che deve prendersi cura del genitore non più autosufficiente: queste le situazioni di disagio riportate dai medici, che sentono di non avere nessun potere per affrontarle.

## Prevenzione.



Figura 6 Core Category "Prevenzione" e categorie di secondo livello

La maggior parte dei medici ha parlato di prevenzione come di una parte imprescindibile del proprio lavoro. Riconoscono quanto sia importante, anche se nessuno di loro riesce a fare medicina di iniziativa come vorrebbe.

*“Ho colleghi che ci riescono. Bravi, bravissimi, mi prostro, mi cospargo il capo di cenere, ma non ci riesco”.*

Solo un paio di medici ha parlato di progetti di prevenzione più articolati che hanno portato avanti in prima persona.

### **Prevenzione come fornire informazioni.**

Tutti i medici sono concordi nell'affermare che prevenire significa anche fornire spiegazioni di carattere scientifico ai pazienti, ma sono convinti che la prevenzione non si limiti a questo.

*“Come medico non posso fare altro che limitarmi a dare le informazioni scientifiche che ci sono alla base delle cose”.*

*“Il mio compito è dire che esiste un centro giovani, dare delle indicazioni, spiegare loro che possono andare e che se hanno delle domande specifiche possono chiedere”.*

### **Prevenzione primaria.**

La prevenzione primaria comprende quegli interventi che vengono messi in atto prima dell'insorgenza della malattia.

*“Lei può prendersi anche un baule di medicine ma mai potrà sostituire l'efficacia di un'attività sportiva costante”.*

Molti medici hanno comunicato di insistere sui comportamenti di salute durante il colloquio con il paziente. Sembra, tuttavia, nella maggior parte dei casi, un'azione in cui non credono. Si ritrovano spesso a dare consigli che già sanno che non verranno seguiti.

I comportamenti di salute su cui puntano maggiormente sono quelli che riguardano l'alimentazione e l'attività fisica.



Il tipo di prevenzione primaria su cui ottengono maggior successo appare quella legata agli *screening*.

*“Nei pazienti che io vedo, che prendono appuntamenti, che vengono in studio, cerco sempre di controllare che abbiano almeno le analisi del sangue una volta all’anno, che facciano la prevenzione di base, quindi PSA, le mammografie, tutte quelle cose lì...”*

Per questo pensano di dover essere il principale attore di questo tipo di prevenzione, ma non sempre vengono ascoltati.

*“Allora abbiamo detto alla regione, datecelo a noi, state tranquilli che noi i 50enni li becchiamo tutti che devono fare lo screening e li convinciamo tutti e facciamo veramente come si deve. Hanno deciso che faranno fare questa cosa alle farmacie”.*

### **Prevenzione secondaria.**

La prevenzione secondaria è relativa agli interventi che vengono svolti alle prime avvisaglie di sintomi, per ridurne intensità e portata.

È il tipo di prevenzione su cui i medici sentono di aver maggiore influenza, anche perché sono gli operatori che più hanno la possibilità di vedere periodicamente i pazienti.

*“Appena ti becco col colesterolo un po’ alto, parto con la statina, faccio fare doppler ai tronchi sovraortici... ho già salvato la vita almeno a due persone così. Insospettabili che si sono trovati il 90% di ostruzione e sono stati operati”.*

*“Se mi accorgo che una di queste cose è venuta a mancare, magari stresso l’argomento, paziente che so che è fumatore, mi richiama di essere fumatore, allora magari propongo di fare la spirometria e gli spiego l’importanza del cambiamento di stile di vita”.*

### **Prevenzione terziaria.**

La prevenzione terziaria viene attuata nel momento in cui la patologia è già conclamata, per ridurre il danno da essa provocato.

In questo caso i MMG si adoperano non solo con la prescrizione di esami strumentali, ma anche con consigli sullo stile di vita, informando il paziente diabetico sulla dieta corretta o spiegando al paziente fumatore quanto sarebbe importante almeno ridurre il consumo di sigarette.

*“Succede che smettano di fumare a volte se si trovano paura di qualcosa”.*

*“Faccio quello che abbiamo studiato. Nel senso, cerco di monitorare il paziente che, ad esempio, che ne so, diabetico. Ciclicamente fargli fare esami di un certo tipo”.*

### **Prevenzione con gli adolescenti / giovani.**

La maggior parte dei medici pensa che, in termini di promozione della salute, sarebbe importante agire sui bambini e sui giovani.

Cercano di usare delle strategie per dare la possibilità al minore di parlare liberamente, così da poter intercettare eventuali problematiche:

*“In genere cerco sempre di fare le visite separati dal resto della famiglia”.*

La prevenzione con i giovani è, in generale, focalizzata sull'adozione di comportamenti di salute, come dieta e attività fisica, ma anche sull'evitamento dell'utilizzo di alcol e di sostanze stupefacenti o sulla disassuefazione al fumo.

*“Un giorno è venuto un ragazzo di 19 anni, si è seduto qui, dico “di cosa hai bisogno?” “Volevo chiedere di fare gli esami”. E gli ho detto “quali esami?” Mi diceva “un po' di esami del sangue”. Dico, “ma stai scherzando? 19 anni?” Questo mi guarda come dire “ma perché mi sta rispondendo così?” Gli ho detto, ma scusa un attimo, ma se tu vai domani a ritirare l'automobile*

*che i tuoi ti hanno regalato per i 19 anni, ma tu il mese dopo vai dal meccanico, gliela porti e gli dici, mi ci dia un'occhiata? Ma questo ti guarda e dice ma quando l'hai comprata? Un mese fa. E lui ti chiederebbe ma cosa vuole? E io ti sto dicendo cosa vuoi? Tu sei uscito dalla fabbrica 20 / 30 giorni fa, cosa vuoi che ti veda a fare?"*

In pochi e isolati casi i medici sconfinano in quella che potremmo definire "educazione emotiva".

*"Io parlo di consenso sessuale perché di nuovo per la mia formazione io posso parlare di quello rispetto alla prevenzione secca alla violenza".*

In un caso un medico racconta di aver realizzato in prima persona un progetto di prevenzione rivolto agli adolescenti.

*"Lavoravo su tutta la prevenzione, dal bullismo alla rappresentazione del corpo, alla sessualità, all'alimentazione, alla ricerca dell'ipertensione piuttosto che della scogliosi".*

Nella maggior parte dei casi, tuttavia, con gli adolescenti la tendenza è quella di intervenire con azioni correttive rispetto a comportamenti sbagliati, più che mettere in atto una vera e propria educazione alla salute.

*"Già c'era la generazione mia, quella generazione prima e così via... però adesso, veramente, noto che ci sono comportamenti assurdi. Quindi bisogna spiegare".*

**Costruzione della *concordance* / Responsabilizzazione del paziente rispetto alla prevenzione.**

Molti medici si rendono conto di quanto sia importante, in termini di prevenzione, responsabilizzare il paziente per poter costruire una *concordance* che vada nella direzione di un percorso di salute.

*“Anche sulla gestione degli screening di controllo... cioè, tu hai una malattia e devi accettarla e devi fare la tua parte”.*

In particolare, i medici tentano di responsabilizzare i pazienti per quanto riguarda il prendersi carico delle scadenze imposte dalla loro patologia.

*“Ecco, quello lo faccio, però che io attivamente mi metta la sveglia sul calendario per chiamare la tale persona.... Non riesco proprio a farlo. Bisogna che se lo ricordino loro”.*

Altri utilizzano strategie “creative”, nel tentativo di responsabilizzare il paziente.

*“Guarda che poi succede che fra vent'anni ti viene un ictus, e tu rimani sulla sedia a rotelle a cagarti addosso, cosa vuoi fare?”*

**Mancanza di *compliance*.**

Praticamente all'unanimità, i medici raccontano di quanto sia difficile operare un cambiamento in termini di stile di vita nei pazienti.

*“Farmi seguire in quello che dico è molto difficile. Perché che facciano dieta, attività fisica, smettano di fumare... Non succede quasi mai”*

*“Che smettano di fumare perché glielo dico io, sinceramente nessuno. Non so se è una mia difficoltà come medico”.*

*“Spesso entra da una parte ed esce dall'altra”.*

Portare un paziente a cambiare stile di vita, senza la presenza di una reale e concreta minaccia imminente per la loro vita, appare, agli occhi di tutti i medici, pressoché impossibile.

### **Impedimenti.**

Oltre ai problemi legati alla mancanza di *compliance*, ci sono altri problemi di ordine pratico e strutturale, secondo i medici.

*In primis*, il fattore tempo. I medici dichiarano di non avere tempo. Questo fattore si ripercuote su tutto, compresa la prevenzione.

*“Faccio poca prevenzione. È una cosa che a me piacerebbe molto, che ho sempre in testa di voler fare, ma ci riesco poco, perché è già tanto riuscire a seguire le cose che faccio tutti i giorni”.*

*“Adesso il tempo è poco”.*

Un altro problema pratico è il fatto di non vedere i pazienti, che necessiterebbero di un lavoro di prevenzione più mirato, tanto quanto vorrebbero.

*“Magari qualcuno che invece per negligenza sua e mia, poi di conseguenza, non si fa vivo per mesi e mesi”.*

Per i problemi a carattere strutturale, invece, troviamo la mancanza di risorse e strumenti forniti dalla regione.

*“Cioè, un paziente diabetico che sparisce per 7-8 mesi, magari io non mi rendo conto che è sparito, non ce la faccio. Mentre se avessimo gli strumenti, dopo 4-5 mesi dovrebbe esserci qualcuno che lo va a chiamare a casa. In alcune parti di Italia viene fatto. Ma qui da noi la Regione continua a dire che non ci sono le risorse per farlo”.*

Inoltre, emerge la mancanza di una rete di appoggio, per il medico, con cui interfacciarsi e collaborare in tema di promozione della salute.

*“Ci sono una riga di pazienti per cui palesemente le loro malsane abitudini di vita sono legate ad un problema psicosociale enorme. E per quei pazienti lì il mio lavoro non è sufficiente. Può essere sufficiente in una famiglia normale di fronte all’esame del sangue alterato, ma nella persona di età, nella persona che è rimasta ad una logica di cent’anni fa, con quella persona lì il lavoro dovrebbe essere demandato ad un’assistenza sanitaria sana, da sola non posso fare nulla”.*

### **Luoghi di prevenzione.**

Su questo tema, la maggior parte dei medici pensa che l’ambulatorio medico debba rimanere luogo di prevenzione per eccellenza, magari con il supporto di personale dedicato.

*“Il medico è sicuramente la figura con cui si interfacciano di più. Più che altro sarebbe più utile organizzare più iniziative, cose che fanno già ma sono poco sponsorizzate, tipo la giornata di prevenzione della vista. Le vaccinazioni, magari con più indicazioni che non siano la pubblicità dello zoster completamente sviante”.*

*“La prevenzione va fatta qui da noi, assolutamente. Avremmo tutte le modalità, avessimo più attività di segreteria o più infermieri”.*

*“All’interno dello studio medico, con un infermiere che possa fare una ricerca su chi ha saltato lo screening”.*

In ogni caso, tuttavia, i medici si riferiscono principalmente alle attività di *screening*, non tenendo conto dell’importanza della promozione della salute.

Una minoranza di medici, invece, sostiene che i luoghi di prevenzione possano essere svariati, anche se incentrano comunque la titolarità dell’iniziativa su di sé.

*“Sono i medici che dovrebbero muoversi. Io sono andata al sindacato, dai pensionati e bisogna andare nelle scuole, all’università, al festival della scienza, alla Berio... La promozione della salute devi farla dove c’è la gente”.*

Ancora meno, invece, sostengono che la prevenzione andrebbe fatta in altri contesti e non solo dal medico, ma da psicologi, insegnanti e operatori sociali.

*“Scuole in primis, a partire dall’infanzia. Poi consultori, luogo di lavoro...”*

Un solo medico demanderebbe la responsabilità della prevenzione ai media.

*“Nello studio medico sinceramente lo trovo difficile. Si potrebbero usare di più la televisione piuttosto che altri mezzi”.*

Appare chiaro, da questi segmenti, che l’attenzione sia concentrata sulla prevenzione (peraltro limitata alle attività di screening) e che non sia invece presente il concetto di promozione della salute.

## Collaborazione



Figura 7 Core Category "Collaborazione" e categorie di secondo livello

### **Importanza di fare rete.**

Tutti i medici sostengono che la collaborazione con altri medici sia di fondamentale importanza nel loro lavoro. Anche se, come vedremo successivamente, quasi mai è semplice ottenerla.

*“Secondo me la collaborazione con altri medici di medicina generale o con gli specialisti, è una cosa molto importante nel nostro lavoro”*



*“La collaborazione mi piace tantissimo, io sono un animale sociale, adoro confrontarmi con gli altri”.*

La collaborazione non è solo un aiuto da un punto di vista pratico, ma anche emotivo.

*“Cioè la frustrazione di un medico che vede morire un paziente giovane che magari ha conosciuto da bambino è terribile... senza poter fare nulla. Certo, ti appoggi ai colleghi”.*

Fare rete con altri Medici di Medicina Generale è auspicato, soprattutto da parte dei medici di “nuova generazione”.

*“Quindi in qualche modo c’è un passaggio di esperienze, se il tutor è bravo. Il mio è diventato un mentore che mi ha poi inserito in quello che è un modo di lavorare in equipe”.*

Infine, pochi medici parlano della necessità di fare rete anche con altre figure che lavorano nel sociale, come insegnanti o psicologi.

*“Perché se nella scuola nessuno ha fatto prevenzione, nessuno ha fatto diagnosi o comunque in 17 anni di scuola nessuna si è mai reso conto che sto ragazzino fosse nello spettro e che non fosse del tutto funzionale.. cioè, è impensabile! Vuol dire che in tutte le scuole in cui questo ragazzo ha messo piede, non c’è una figura, e secondo me deve essere lo psicologo, non solo l’insegnante, che sia stata in grado di intercettare il problema”.*

### **Limiti alla collaborazione.**

Tutti i medici hanno raccontato di una generale impossibilità di contattare gli specialisti del servizio pubblico per confrontarsi sui pazienti.

*“Sei già fortunato se ti arriva un foglietto dello psichiatra bianco scritto a mano in austro-ungarico con scritto l’elenco delle medicine che deve prendere il paziente”*

*“Non ricevo mai telefonate da nessuno specialista, sono io piuttosto che chiamo loro qualche volta, ma quasi mai riesco a parlargli”.*

*“Ora io posso sentire l’assistente sociale solo due volte alla settimana, dalle 8 alle 10 del mattino, chiamando sul fisso”.*

*“Possibile che io l’amministratore di sostegno non lo avessi mai sentito? Cioè, manca proprio la comunicazione a tutti i livelli”.*

*“Ho chiamato per una mia paziente che mi sembrava piuttosto urgente e poi mi è capitato con un’altra paziente... ma mi hanno fatto fare dei giri... ad un certo punto mi veniva da piangere”.*

*“Ma poi che ti rimandano e continuano no perché deve chiamare domani e allora il giorno dopo metto l'appuntamento tra un paziente e l'altro chiamo. rispondono “ah no ma non è di competenza qua abita di là, è di competenza di là” allora datemi il numero, chiami l'altro numero “ah sì ma noi prendiamo gli appuntamenti il martedì e il giovedì dalle 9 alle 12” e vabbè ma allora è follia noi lavoriamo 12-14 ore al giorno”.*

*“Non si riesce a trovarli”.*

I problemi di comunicazione più significativi, tuttavia, sono legati alla difficoltà di collaborazione con il Distretto. La comunicazione con il distretto è inesistente e questo emerge da tutte le interviste, tranne una. La maggioranza dei medici ha parlato di un rapporto di tipo sanzionatorio o informativo, ma non di supporto rispetto al loro lavoro.

*“È quello che continuiamo a chiedere. Un nuovo medico che prende le convenzioni dovrebbe essere a conoscenza di tante cose. Per esempio, l’aggregazione funzionale che fa anche parte del contratto”.*

*“E quindi chiedi un piacere, chiedi un favore. Viene da ridere, ma la medicina italiana, e ligure in particolare... non voglio sconfinare dal mio ruolo, ma perché la Liguria alla rete non c’è ancora, e non è normale in Italia non avere una rete di professionisti, anche solo per lo scambio di dati dico eh! Referti, visite... niente”.*

*“Praticamente non c’è rapporto. Se non per mail: dovete fare così, dovete fare colà, dovete mandare mail per prenotare qualunque cosa e dovete farlo voi. Ecco, ti complicano il lavoro, quello sicuramente. Quindi più che altro aumentano i problemi che già possono esserci”.*

*“Io non faccio neanche riferimento al distretto. È la verità, non li chiamo mai. Tanto ti mandano da uno all’altro. quindi alla fine, vabbè”.*

*“Il rapporto con loro è solo se ti vogliono dare delle multe e basta. Diciamo che è un rapporto di tipo sanzionatorio”.*

### **Strategie di collaborazione interdisciplinare.**

Dati i limiti di cui abbiamo appena parlato, i MMG sono corsi ai ripari su libera iniziativa, prendendo contatti con professionisti privati di ogni specializzazione, con cui hanno un rapporto di fiducia.

*“Ho contatti con psichiatri privati, il cardiologo, lo pneumologo di cui mi fido.*

*“Ho avuto rapporti buoni con il centro di salute mentale di Struppa. Sono rimasto in buoni rapporti con il Primario, ora è in pensione. Gli mando pazienti e, in caso di dubbi, contatto lui”.*

*“Sono rimasto in contatto con un professore del corso di laurea che adesso non penso insegni nemmeno più ma faccia attività di libera professione. Chiamo lui”.*

Per quanto riguarda la collaborazione con altri MMG, è emerso che i medici di nuova generazione hanno trovato in WhatsApp un utile canale di collaborazione, anche se non istituzionale.

*“Però abbiamo comunque un gruppo WhatsApp, magari in cui chiediamo consiglio su qualche problematica o, nell'immediato, se ho qualche difficoltà”.*

### **Lavorare in uno studio associato.**

I MMG che lavorano nelle AFT o negli studi associati non sembrano avere problemi di comunicazione con gli specialisti, perché co-locali. Questo è ritenuto un grande vantaggio dai medici, perché poter accedere facilmente al consulto con uno specialista rende il loro lavoro molto più semplice.

*“Un po' di tutto! Abbiamo il cardiologo, il neurologo, l'urologo, il dermatologo, il medico legale, l'oculista, il radiologo.... Più due o tre posizioni non mediche: il fisioterapista, il nutrizionista e il podologo. In questo modo la collaborazione è certamente più semplice”.*

Tuttavia, è bene evidenziare che solo uno dei MMG che lavora in uno studio associato annovera lo psicologo tra gli specialisti presenti in studio.

*“Allora noi siamo nove medici di famiglia, e poi degli specialisti che fanno libera professione. Pneumologia, urologo, dialettologo, chirurgo vascolare e la psicologa che vede i nostri pazienti in libera professione. E con loro ovviamente riesco a collaborare in modo proficuo”.*

### **Collaborazione con gli specialisti pubblici della salute.**

Quasi tutti i medici raccontano di un'ottima collaborazione con gli operatori delle cure domiciliari.

*“Un po' di rapporto con le cure domiciliari del Distretto, sì. Un po' più di rapporto, più che altro con i vari operatori, quindi infermieri di solito, o comunque il geriatra. E ogni tanto ci si vede a casa del paziente”.*

*“C'è un buon rapporto con le cure domiciliari, con l'ufficio protesi e anche con la geriatra responsabile delle cure domiciliari.*

In qualche sporadico caso, riescono anche a collaborare con lo psichiatra del CSM.

*“Ma qualche volta sono riuscito a contattarli. Ma dipende da chi trovi. Prima c'era qualcuno che adesso è andato in pensione, che magari... avevamo pazienti in comune. Queste dottoresse si interessavano tanto delle persone, quindi magari mi chiamavano”.*

I due medici più giovani, in formazione, non hanno particolari difficoltà nell'interfacciarsi con gli specialisti, anche perché hanno un contatto diretto con loro grazie alla scuola.

*“Il corso di formazione ti mantiene in contatto, e quello che c'è da dire, ci dicevano, è che noi nuove leve, rispetto alle vecchie, abbiamo tanto questa cosa del colloquio con lo specialista, dell'interfacciarci. Cioè, almeno io lo cerco tanto”.*

La collaborazione più proficua, con specialisti della salute mentale del pubblico, è stata raggiunta in un paio di casi, dove vengono organizzati momenti assieme allo psichiatra per confrontarsi con lui e con gli altri medici sui casi affrontati. Si tratta, però, di gruppi Balint, il cui

scopo non è tanto la salute del paziente quanto quella del medico. Anche in questo caso, tuttavia, i gruppi sono nati su libera iniziativa dei MMG.

*“È stato un collega MMG, fratello di uno psichiatra, che si è accorto, appunto, della difficoltà che avevamo tutti a sopravvivere. Era venuto a conoscenza dell’esistenza di questi gruppi Balint e ha chiesto al primario psichiatra della nostra ASL, che era formato per poterli condurre. Lui ha accettato e quindi siamo partiti”.*

### Case di comunità.



Figura 8 Core Category "Case di comunità" e categorie di secondo livello.

Rispetto alle Case di Comunità, l'opinione dei medici è abbastanza omogenea. La quasi totalità dei medici, infatti, ne parla come di un qualcosa che sulla carta sarebbe eccezionale ma che presenta importanti problematiche. Poche eccezioni, tutte tra i medici più giovani, guardano con speranza all'istituzione di queste strutture.

### **Opinioni positive rispetto alla presa in carico del paziente.**

Le Case di comunità sono viste dal MMG come un qualcosa che potrebbe giovare al paziente e che eviterebbe accessi superflui al Pronto Soccorso e quindi lunghe attese prima di essere visitati.

*“Se nelle case della salute costruiamo un qualcosa per cui quel paziente dal mio studio si sposta lì, perché fa qualcosa in più e poi torna da me o a casa, allora abbiamo scantonato il Pronto Soccorso”.*

La Casa di Comunità si configura come un luogo dove, con un solo accesso, si possano effettuare i primi necessari esami diagnostici in maniera tempestiva, senza dover attendere le tempistiche imposte dal CUP.

*“Quindi fare due cose, ecografia ed esami del sangue e se va tutto bene può stare a casa”.*

*“E avrebbe la diagnostica di base che gli eviterebbero liste di attesa e quant'altro”.*

Inoltre, il fatto che il paziente possa avere un punto di riferimento in qualunque momento è visto come un grande vantaggio.

*“Avere un’assistenza, diciamo, chiamiamola guardia medica, MMG H24, l’invio dei codici bianchi... tutto molto bello per il paziente”.*

*“Poi, insomma, se c’è un medico o l’altro, pazienza, ma almeno c’è qualcuno che lo vede”.*

*“Il paziente avrebbe sempre un punto di riferimento a cui rivolgersi”*

### **Opinioni positive rispetto al futuro del MMG.**

L’aspetto positivo sottolineato più spesso è la facilitazione di comunicazione con gli altri MMG e i vari specialisti, e la possibilità di avere più strumenti a disposizione.

*“Potrebbero anche essere proprio un modo per costruire anche una rete di collaborazione tra professionisti un pochino strutturata”*

*“Poter collaborare con specialisti o avere qualche strumento in più a disposizione, sarebbe utile”.*

I MMG ritengono inoltre che le Case di Comunità aiuterebbero a limitare le ore di lavoro straordinario.

*“Probabilmente per noi medici, sarebbe forse meglio, perché fai le tue ore”.*

*“L’unica cosa che mi interesserebbe è che se io ho il turno dalle 2 alle 8, alle 8 me ne vado”.*

In ultimo, alcuni medici riscontrano la possibilità di sfruttare le Case di Comunità per condividere responsabilità e peso emotivo dei pazienti con altri medici:

*“Continuare a trattare i cronici in ambulatorio ma avere, poi, un turnover per gli acuti. In questo modo non si creerebbe quella situazione del figlio unico”.*



*“Questa cosa permetterebbe la gestione da parte di più colleghi di quei pazienti particolarmente problematici, per condividere il loro peso emotivo con altri Medici”.*

### **Aspetti positivi sul sistema sanitario.**

Uno degli aspetti generali che i medici ritengono positivi, rispetto all'introduzione delle Case di Comunità, è l'alleggerimento del Pronto Soccorso che, a detta di tutti i medici, in questo momento storico è particolarmente in sofferenza, come la maggior parte delle strutture sanitarie.

*“Evitare in determinati periodi accessi esagerati al pronto soccorso sarebbe importante”*

*“Se non fai un filtro così, i Pronto Soccorsi sono morti”.*

Avere un'organizzazione migliore, a livello di Distretto, sarebbe inoltre un aspetto da non sottovalutare. Sotto il punto di vista della continuità assistenziale, i medici sostengono che le Case di Comunità potrebbero fornire quell'integrazione tra MMG e Guardia Medica che oggi manca, ma che sarebbe opportuna.

*“È vero che magari un'integrazione tra noi e la guardia medica sarebbe opportuna”.*

I pochi medici che guardano con ottimismo al futuro riconoscono nelle Case di Comunità un importante passo avanti.

*“È il primo passo per fare un qualcosa di organizzato”*

Infine, le ritengono come una possibilità per ridurre lo stigma, ancora troppo presente, rispetto alla cura della Salute mentale.

*“Uno psicologo, nella casa di comunità, in cui non prende proprio tutto, ma una piccola scrematura, potrebbe essere una situazione non stigmatizzante”.*

### **Opinioni negative rispetto alla presa in carico del paziente.**

Tanto rispetto alla presa in carico del paziente, quanto rispetto al lavoro del medico, l'obiezione maggiore deriva dalla presenza di più Medici di Medicina Generale all'interno della Casa di Comunità.

*“Tanti pazienti farebbero fatica ad accettare di vedere oggi un medico, domani un altro”.*

In particolare, la preoccupazione è quella di generare confusione nel paziente.

*“E poi lui oggi vede me e io gli dico, ma guardi secondo me c'è un reflusso, domani vede l'altro che gli dice, ma guardi invece secondo me ha una neuropatia”.*

*“Magari oggi vede me e gli consiglio una cosa, domani va da quell'altro e gliene consiglia un'altra e il paziente rimane confuso”.*

E, in ultimo, il timore che la perdita del rapporto esclusivo che, ad oggi, i pazienti instaurano con il Medico di Medicina Generale, possa ripercuotersi sulla gestione della loro salute.

*“Se so che un paziente è ipocondriaco, se viene in studio con il mal di pancia, prima di prescrivere una visita specialistica da un gastroenterologo, gli chiedo cosa abbia mangiato. La conoscenza del paziente è imprescindibile nel nostro lavoro”.*

*“Ma il rapporto medico-paziente.... quello fallisce completamente perché viene a mancare proprio la figura di riferimento”*

*“Perché se una persona tu sai che vuole veramente il tuo bene, allora lo segui”*

Pare inoltre essere presente il timore che la creazione delle Case di Comunità possa rappresentare la perdita di servizi per i pazienti.

*“Il paziente ha bisogno della possibilità di cure domiciliari, non di accorpate”*

### **Opinioni negative rispetto al futuro del MMG.**

Due sono le obiezioni che i medici hanno riportato. In particolare, i medici con più anzianità, più disillusi rispetto alla possibilità di un miglioramento della situazione, temono un'ingerenza nel loro lavoro.

*“Ognuno deve curare al suo modo e seguire una linea. Non puoi cambiare ogni volta”.*

*“Che io vada 5 ore lì a curare pazienti che non conosco, lo trovo complicato”.*

*“Se tu giri da uno all'altro ed è quello che vogliono farci diventare, essere sostituibili sempre”*

La seconda obiezione, in ordine di frequenza, è rispetto al come potrebbero peggiorare le condizioni lavorative del medico, in particolare in termini di carico di lavoro e di inquadramento contrattuale.

*“Sarebbe bello... Purché poi non si finisca in quei calderoni dove tolgono la Guardia Medica e noi ci ritroviamo a fare le notti”.*

*“Se pensano che faccia 5 ore in più, non se ne parla”.*

*“Se mi dicono “visto che fai 4 ore di studio, allora poi vieni a lavorare lì”, non mi vedono.”*

*“Pensare di continuare lo stesso lavoro e aggiungere delle altre mansioni così impegnative penso che non sia realizzabile”*

*“Il problema è che non si riesce a capire se chi è entrato, come noi, in convenzione, con un certo di tipo di contratto... perché c’era anche il discorso dell’assunzione, assumere proprio il medico di famiglia, no? Però non si riesce a capire se noi che siamo entrati così, potremmo eventualmente cambiare, ma non penso”.*

In ultimo, emerge una generale resistenza al cambiamento, maggiormente da parte dei medici con maggiore anzianità lavorativa.

*“Che cosa cambia se io esco dalla mia stanza, vengo dentro da voi, sempre io con la mia borsetta? Sono sempre io. Allora, abbiate pazienza, ma vi dirò che il mio studio è attrezzato meglio della vostra stanza”.*

*“Io ho uno studio mio, quindi per me sarebbe un casino mollare. Questa è casa mia. Essere da sola ha un lato negativo però, nello stesso tempo, c’è anche il lato positivo di decidere per i fatti miei”.*

### **Preoccupazioni generali.**

La preoccupazione generale più riportata è la convinzione che la creazione delle Case di Comunità non cambierà assolutamente nulla, in merito ad un miglioramento dell’assistenza.

*“Un livello di facciata per cui si fa vedere che si fa .....*”

*“Spero di andare in pensione prima, quello che penso è una definizione Gattopardiana: che tutto cambi per non cambiare niente”.*

*“È aria fritta. Arriveranno dei soldi dall’Europa che finiranno ai costruttori. Non prevede assunzione a tempo indeterminato di figure, non prevede la formazione necessariamente di determinate figure, né di un’equipe diversa da quella che già c’è. Sì, mi risulterebbe più facile*

*trovare gli specialisti rispetto ad ora, ma se lo psicologo non viene assunto o viene assunto due ore a settimana, non mi serve a niente. Esattamente come non c'è adesso, non ci sarà domani”.*

*“Vanno a formare una nuova roba non vanno quindi a rimettere i soldi dove servono”.*

*“Non ho figli, ma se avessi dei figli, non lo vedrebbero nemmeno loro”.*

*“Nel concreto non partirà mai”.*

In ultimo, ma non per importanza, è il timore dichiarato da molti medici che la creazione delle Case di Comunità porti pericolosamente la sanità verso una china di privatizzazione.

*“Nel momento in cui mi dicono che i fondi serviranno solo per costruire le pareti e che poi verrà demandato a cooperative private l'onere della scelta e dell'assunzione dei medici, c'è un grosso punto di domanda rispetto ai criteri di qualità”.*

### **Problemi di ordine pratico.**

Il problema di ordine pratico, riscontrato da quasi la totalità dei medici, è rispetto alla particolarità del territorio ligure. La Liguria, infatti, è caratterizzata da un entroterra ricco di paesi rurali molto distanti l'uno dall'altro, e l'istituzione delle Case di Comunità comporterebbe la perdita di parte della prossimità territoriale, invece che aumentarla, come dichiarato nelle intenzioni.

*“In Liguria secondo me non è così facile, per un discorso di territorio”.*

*“Ho tanti pazienti che non riuscirebbero ad accedervi”.*

*“Ma nello stesso tempo perdi la prossimità, devono prendere la macchina per venire, spostarsi e trovare parcheggio”.*

*“Nel nostro territorio è infattibile”.*

*“Nella zona dove lavoro io la vedo una cosa molto difficile, perché è un territorio comunque vasto. Ci sono paesini piccolini, lontani”.*

Altro fondamentale problema di ordine pratico è quello della mancanza di risorse economiche, ma soprattutto umane, che sarebbero necessarie una volta attivate le Case di Comunità.

*“Quando queste strutture ci saranno, ci mancheranno i medici”.*

*“L’ultima versione di questi progetti è “eventuale” disponibilità di un laboratorio per effettuare esami, “eventuale” presenza di infermiera.... Cioè, davanti a tutte queste voci la Regione, d’accordo con le ASL, ha aggiunto la parola “eventuale”, perché non sa se potrà garantirle”.*

## Rapporto medico-paziente.



Figura 9 Core Category "Rapporto medico-paziente" e categorie di secondo livello

### Il medico nella relazione.

I medici più anziani, e in particolare le donne, hanno imparato l'importanza dell'empatia nella cura della relazione con il paziente.

*“L'altro giorno una specializzanda mi ha detto “per fare tutte le anamnesi ci metto un'ora e alla fine il paziente piange. Ma che cos'ho?” “Hai qualcosa che devi coltivare perché è un dono in più. È un dono in più si chiama empatia””.*

Alcuni di loro, nonostante i molti anni di servizio, devono ancora imparare a dosare e moderare la propria empatia per fare in modo di non uscire distrutti dalla relazione che si viene a creare con il paziente.

L'aspettativa dei pazienti, nei confronti del medico, all'interno della relazione, è tale per cui il medico sente di dover sempre fare attenzione al tono di voce e alle parole che usa.

*“Glielo ho detto, però, con la voce un po' incrinata. Come dire, infastidita. Io mi sono resa conto che ero stridula in quel momento lì. Però erano cinque chiamate durante l'ambulatorio. Che sanno benissimo che non le devono fare...Oggi mi ha revocata”.*

### ***Compliance.***

La maggior parte dei medici con maggiore anzianità lavorativa riporta la presenza di una forte adesione alle prescrizioni terapeutiche da parte dei pazienti, indicando, ancora una volta, quanto sia importante il rapporto di fiducia che si viene a creare negli anni. Lo stesso non sembra accadere nel caso dei medici più giovani.

*“Perché comunque li riesci a gestire e se hanno un rapporto di fiducia effettivamente poi ti seguono”*

*“Se hai un rapporto negli anni di un certo tipo, poi il paziente ti accetta, come si dice, perché ha fiducia in te”*

*“Ci sono anche gli anziani che ti dicono va bene tutto mi faccia star bene faccio tutto”*

### ***Resistenza alla Compliance.***

Questa dinamica è riscontrata da tutti i medici, anche se in misura maggiore dai medici più giovani, che ancora non hanno definito del tutto le basi su cui costruire il rapporto di fiducia con il paziente di cui godono, invece, i medici più anziani.



*“Cerco di farglielo fare ma non sempre ci si riesce”*

*“C'è gente che non ti chiama nemmeno più e dice vado direttamente al pronto soccorso quindi ti trovi continuamente scavalcato da queste cose”*

### **Costruzione di *Concordance*.**

Un reale tentativo di costruzione di *concordance* emerge principalmente nelle interazioni dei medici giovani. Sembra che i medici più anziani facciano principale affidamento sulla *compliance*.

*“Nel frattempo cerco di renderlo collaborativo partendo da un primo consiglio, a cui poi seguiranno un secondo e un terzo, fino a convincerli ad accettare l’invio in psicoterapia”.*

*“Alcuni si riescono a convincere magari facendo anche due esami in più, che magari sono anche inutili, però che comunque danno una conferma soprattutto al paziente di non avere determinate cose”*

*“La persona deve avere il suo spazio in cui è riconosciuta”*

### **Preoccupazioni rispetto al rapporto medico – paziente.**

Per tutti i medici, l’avvento della tecnologia, in termini di velocità di comunicazione, rappresenta un problema. Se i medici più giovani si scontrano con la difficoltà di dover “rieducare” un paziente che era abituato ad un altro tipo di interazione con il vecchio medico, basata soprattutto sulla presenza e sulla comunicazione via telefono, per i medici anziani appare complicato gestire la relazione tramite WhatsApp.

*“Prima c'era la telefonata” ho l'esame posso venire a fartelo vedere?” Certo adesso invece c'è il WhatsApp, l'e-mail e la telefonata. Ma immediato! cioè ma come fai? Difatti la mia risposta classica è “non sono una dodicenne che gioco con il telefono h 24”. WhatsApp è l'ultima cosa che guardo durante la giornata. Anche perché se hai un'urgenza non mi mandi un WhatsApp almeno nella mia testa mi telefoni o vieni in studio cioè non mi mandi un WhatsApp. No invece un'urgenza WhatsApp. “Quando la posso chiamare? A che ora la posso chiamare?”*

### **Aspetti positivi del rapporto Medico-Paziente.**

Nonostante le problematiche in termini di stress (come vedremo successivamente), molti medici fanno affidamento sul rapporto che si viene a creare con il paziente per poter fare al meglio il proprio lavoro.

*“Perché il discorso della figura di riferimento è anche un conoscere diversamente il paziente. Cioè, io ho tanti miei pazienti per cui dal tono di voce capisco cosa gli sta succedendo perché li conosco”.*

*“Questi malesseri emergono di più nella relazione col medico di famiglia”*

*“Nella relazione, c'è Salute”.*

Molti medici hanno scelto di fare questo lavoro proprio per il rapporto medico-paziente.

*“Il rapporto medico paziente secondo me è fondamentale è l'unica cosa bella del nostro lavoro”.*

**Richieste del paziente nel contesto del rapporto medico-paziente.**

Il rapporto medico-paziente risente della tendenza del paziente a valicare i confini imposti dai ruoli. Le richieste che vengono poste al medico sono tra le più disparate e, molto spesso, non in linea con il suo ruolo.

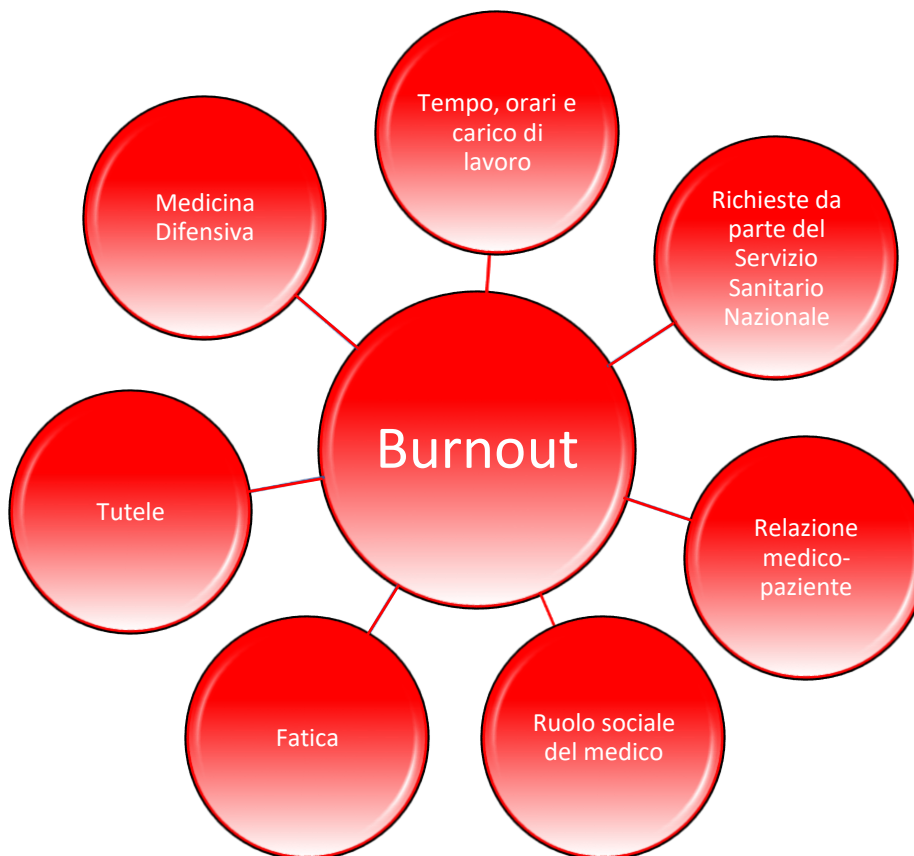
*“Alla fine tutti usano il medico come un contenitore dei loro disagi”.*

*“Mi chiedono anche non lo so ma “secondo lei è meglio che mi compro il Vidal di bagnoschiuma o il Nivea?””*

La fiducia riposta nel medico, a volte, può essere controproducente in termini di salute, perché il paziente è portato a non fidarsi di alcun altro specialista.

*“A volte vanno dal neurochirurgo, poi vengono e ti chiedono “secondo lei?””*

## Burnout.



*Figura 10 Core Category "Burnout" e categorie di secondo livello.*

Si percepisce, da ogni interazione, la stanchezza e lo stress che vivono i medici.

Le ragioni sono diverse. Vediamone alcune.

### **Tempo, orari e carico di lavoro.**

Prima fra tutte, la categoria "tempo".

I medici sembrano non aver tempo per niente. Non hanno tempo per la prevenzione; non hanno tempo per seguire i pazienti a domicilio con la frequenza che vorrebbero; non hanno tempo

per stare al telefono in attesa di uno specialista. L'orario di lavoro del medico di base è in media di 10/12 ore al giorno.

*“Lunedì ho lavorato dalle 8 del mattino alle 22”*

*“Purtroppo non ho il tempo e non potrei comunque farlo da sola.”*

*“Non ci riesci perché tu sei una, le ore sono quelle”*

*“Abbiamo troppi pazienti e poco tempo da dedicargli”.*

*“Già faccio molte più ore di quelle che dovrei fare”*

Inoltre, percepiscono tutti, dal medico ancora in formazione a quello in servizio da più di 30 anni, di avere da gestire un eccessivo carico di lavoro.

*“Il fatto di avere da gestire migliaia di persone è incompatibile con il proprio benessere”*

*“Il carico di lavoro è aumentato in maniera esponenziale”.*

*“Per mantenere la salute psicologica del MMG, bisognerebbe dimezzare il massimale”.*

### **Richieste da parte del Servizio Sanitario Nazionale.**

Il medico si sente sfruttato e lasciato completamente solo dal Servizio Sanitario Nazionale. Questa situazione è stata riportata da tutti i medici intervistati.

*“Nonostante il nostro contratto dica che qui siamo presidio del Servizio Sanitario Nazionale, per loro siamo qualcosa di esterno. E quindi investire è come se all'interno di un condominio lei decidesse di investire nel portone, piuttosto che, non so, andare a pulire il marciapiede comune con tre palazzi vicini. Noi siamo qualcosa di fuori”.*

*“Quindi sentire questo progetto, siccome mi innervosisco perchè vedo che ci vogliono schiavizzare sempre di più, leggo una riga sì e una riga no, perchè mi faccio del male, come quando guardo “amore criminale””*

*“Sono anni che la figura del medico è lasciata a sé”*

*“Se pensano di continuare con questo maltrattamento e sfruttamento dei medici, banalmente sa cosa fanno i medici? Emigrano”*

### **Relazione medico paziente.**

La maggior parte delle cause del *burnout* dei medici derivano dal rapporto medico-paziente.

*“Siamo proprio all’aberrazione totale, sono dei bambini sperduti e soprattutto, sono estremamente esigenti, invadenti. Ti tolgono la pelle.”*

*“Subisco tanto la sindrome del figlio unico, che “se non c’è lei, si muore! Guai!”. Secondo me è molto sbagliata e ci carica di un carico emotivo anche troppo pesante”.*

Il problema sembra sorgere dalla deriva, in termini comportamentali, che i pazienti hanno preso, a detta dei medici più anziani, negli anni post-Covid.

*“Non è un ambiente sereno. È un ambiente in cui mi sento sempre invasa, aggredita, sollecitata e quindi, visto che sono una persona estremamente responsabile, il fatto di avere questa situazione in cui mi devo difendere continuamente è incompatibile con il benessere psichico”*

*“E poi, ultimamente, devo dire la verità, comincio anche ad avere timore, in alcuni casi, di manifestazioni violente da parte dei pazienti, verbali e non”.*

In alcuni casi, il problema è dato da pazienti estremamente richiedenti.

*“Alcuni pazienti ti prosciugano le energie”.*

*“Talvolta, sinceramente, sono talmente stanca che glielo scrivo lo stesso”*

### **Ruolo sociale del medico.**

Un altro fattore di stress è dato dalle aspettative dei pazienti e della società nei confronti del medico.

*“Ma cosa volete? Perché, l’architetto lavora gratis? La mia è una missione! La missione non è questa. La missione si fa dove dico io, con chi voglio io, per gli orari che dico io. Non faccio la missione in via Caprera, scusate”.*

In realtà, emerge che l’eccesso di aspettativa di disponibilità imputato all’esterno è insito nell’immagine che i medici hanno della propria professione.

*“I medici che non lasciano acceso il cellulare nei weekend... Quelli sì, quelli sarebbero i colleghi da incriminare”.*

*“A volte provo a stabilire dei limiti, delle regole con i pazienti però poi c’è il senso di responsabilità che fa washout di tutto”*

### **Fatica.**

Dalle interviste emerge la fatica quotidiana e il timore dei suoi esiti.

*“Siamo tutti in trincea, tutti messi male”*

*“Fino al 2030 i Medici sputeranno sangue”*

*“I medici sono alla frutta”*

*“Altrimenti poi andiamo a curarci noi”*

*“E poi il problema è che, secondo me, noi, medici di famiglia, siamo troppo stressati, siamo tutti completamente fuori di testa. Ma perché siamo tanto soli, non abbiamo un minimo di appoggio, una minima tutela”.*

Tutti i medici intervistati, eccetto i due ancora in formazione, erano in servizio durante la pandemia. Molti di loro stanno ancora risentendo delle conseguenze di quel particolare momento storico.

*“Veniamo da un periodo che è stato...perché va beh, ok gli ospedalieri. Ma i primi che andavano a casa dei pazienti.... Che rischiavano la vita, l'epoca del Covid. cioè, io mi sono vista morire dei pazienti perché andavo a casa e li trovavo in condizioni allucinanti. Cioè non hai armi, li sentivi tutti i giorni al telefono. Cioè, è stato... e secondo me ce lo portiamo un pochino dietro”.*

### **Tutele.**

I MMG dicono di non ricevere alcuna tutela da parte della Asl, del Distretto o della Regione.

*“Da un punto di vista di burnout, il distretto non ci tutela minimamente, anzi...”*

*“Non siamo minimamente protetti dalla Asl, anzi, credo che loro siano parte del rischio di burnout a cui andiamo incontro”.*

*“Mentre in guardia medica si sta alzando la tensione, perché comunque le strutture in cui lavorano, sono comunque strutture Asl che quindi, anche se sei convenzionato, ha cmq una responsabilità, e in qualche modo si sta parlando del tema, di noi non ne parla nessuno”.*



**Medicina difensiva.**

Parte dello stress che vivono i MMG è dovuto alla necessità di ricorrere spesso alla medicina difensiva. Si sentono costantemente sotto attacco e il loro lavoro è costellato dalla necessità di difendersi da possibili denunce.

*“In questo momento storico, diciamo che secondo me il primo rischio per il Medico è che, essendoci meno fiducia nel medico, quello che viene detto da noi non sempre viene considerato, anzi, spesso dubitano di quello che gli diciamo e quindi bisogna sempre stare attenti a quello che si dice, quello che si fa... quindi Medicina difensiva!”*

*“Ti sfiancano. Ma poi, soprattutto, questa è l'epoca della medicina difensiva. Certo, non è che abbia paura. Però capisci solo che avesse un polipetto e io gli ho negato questa maledetta colonscopia... questo è il classico soggetto che poi non mi lascia più vivere perché gli ho fatto togliere un polipo 6 mesi dopo”.*

## Bisogni del medico rispetto al proprio ruolo.

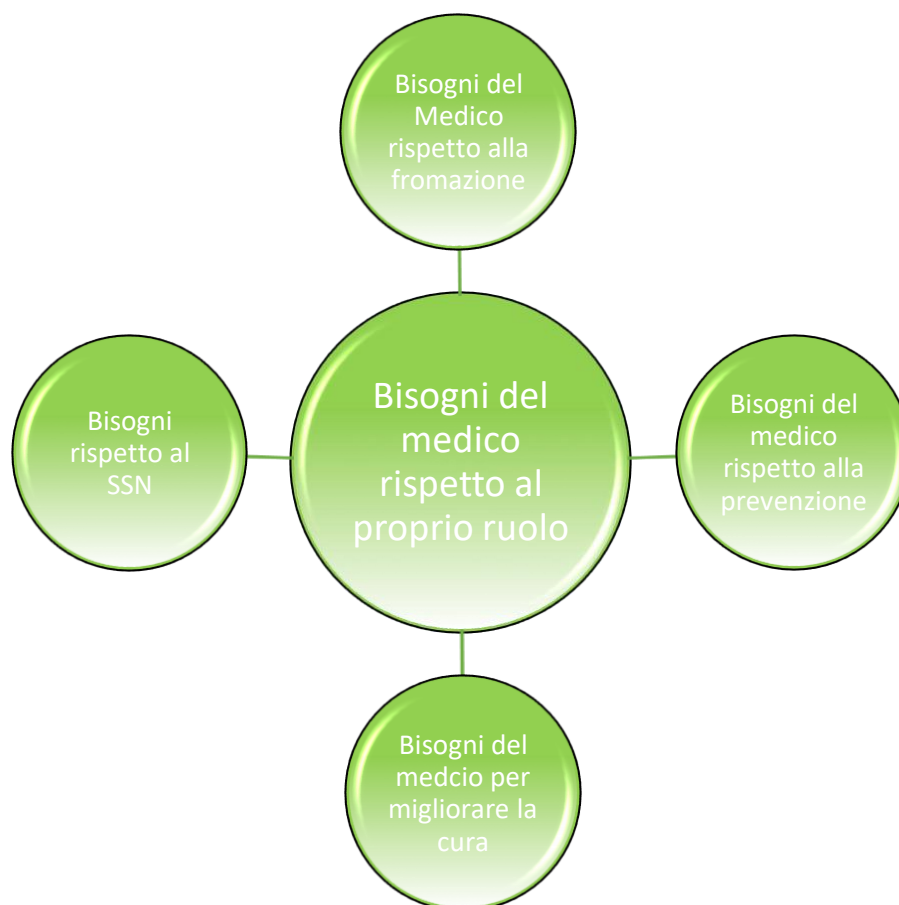


Figura 11 Core Category "Bisogni del medico rispetto al proprio ruolo" e categorie di secondo livello.

### Bisogni del medico rispetto alla formazione.

Già da quanto emerso dalla *Core Category* relativa alla formazione, avevamo visto come la stessa fosse carente da un punto di vista relazionale.

Questo bisogno è stato indicato principalmente dai medici di nuova generazione. Sembra che, per loro, sia più facile rendersi conto di quanto sia necessario avere strumenti su come affrontare la relazione.

*“Mai si è entrati in quello che secondo me è importante a livello quotidiano della nostra pratica clinica, ossia nel concetto di rapporto medico-paziente, nel concetto di quello che è il rapporto del paziente con la famiglia”*

### **Bisogni del medico rispetto alla prevenzione.**

Nonostante la maggior parte dei medici sostenga che la prevenzione sia da effettuare in ambulatorio con il medico come figura erogatrice, qualcuno si rende conto di quanto sarebbe importante formare una rete sul tema della prevenzione.

*“Per la prevenzione ci vuole una rete o comunque un insieme di figure”.*

I medici manifestano la necessità di un sistema di informazione che possa raggiungere i pazienti in caso di attività di prevenzione organizzate, come per esempio la campagna vaccinale.

*“Bisognerebbe organizzare qualcosa a livello anche di canali televisivi e social, ma con delle informazioni veritiere e informando, possibilmente, prima il medico di famiglia, ma non con lo spot televisivo o l'articolo di giornale. Cioè, una cosa organizzata prima e poi trasmessa ai pazienti”.*

Anche in questo caso, però, appare chiaro come la difficoltà di comunicazione con il Distretto si ripercuota sul lavoro del medico nell'ambito della prevenzione. Molto spesso, infatti, accade che al medico non vengano forniti gli strumenti per poter rispondere ai pazienti in merito alle attività di prevenzione promosse dalla ASL. La campagna vaccinale ne è un esempio. Ogni

anno, infatti, i pazienti vengono informati dai media dell'inizio della campagna, almeno un mese prima rispetto a quando la ASL fornisce i vaccini ai medici. Questo mina il rapporto di fiducia con il paziente.

*“Tutti gli anni, ad Ottobre, esce sul secolo XIX l'articolo con scritto “al via la campagna del vaccino antinfluenzale, andate dal medico di base”.. I pazienti cominciano a chiamare e ad insistere per avere un vaccino che i giornali gli hanno detto io dovrei avere. Peccato che i vaccini vengano ordinati da noi intorno ad Agosto / Settembre ed in genere ci vengano forniti a metà / fine Novembre. Il che, tra l'altro, ci costringe poi a morire fino a fine Dicembre, dovendo vaccinare 300 / 400 pazienti in un mese circa, compresi i pazienti che necessitano di visita domiciliare”*

#### **Bisogni del medico di migliorare la cura.**

I MMG ritengono che il lavoro di équipe sia fondamentale per la qualità della presa in carico del paziente, ma raccontano di una situazione regionale allarmante per quanto riguarda la facilitazione del lavoro in équipe.

*“Avendo uno studio associato, io posso portare il paziente con dolore addominale direttamente nella stanza dell'ecografista e mentre sono lì lui gli guarda la cistifellea. Cioè è una modalità di lavoro che non ha prezzo, ma non si riesce a fare. Perché il Pubblico non costruisce e non ti dà la possibilità di farlo. Col privato ci provi, ma non è una situazione espandibile. Cioè la maggior parte dei colleghi non possono fare quello che stiamo facendo noi qua”.*

*“Il lavoro di equipe in Liguria, in questo momento e per quello che mi riguarda, è molto personale: il singolo contatto con il singolo medico della struttura di dialettologia; con il singolo medico della struttura di San Martino, per quello che riguarda l'ospedale, ecc ecc”*

*“Dovremmo essere più integrati, in modo da facilitare comunque... l’accesso, l’invio e anche lo scambio tra noi. Sono patologie che hanno bisogno, secondo me, non solo di una figura, ma di una collaborazione”.*

*“Il problema istituzionale è che non c’è una rete di niente e quindi, ognuno, è costretto a lavorare nel suo isolotto”.*

Il medico avrebbe bisogno dell’inserimento di figure, nel pubblico, che possano occuparsi delle dimensioni psicologica e sociale del paziente.

*“Lo psicologo nelle cure domiciliari non c’è e bisognerebbe cominciare a studiare la possibilità di inserirlo”.*

*“Avremmo bisogno dello psicologo della mutua che faccia sedute settimanali. Ce ne vorrebbe uno ogni tot medici”.*

*“Sarebbe molto utile avere un assistente sociale di supporto”.*

*“Parlando di assistenza sociale, avremmo bisogno di un team multidisciplinare”.*

Inoltre, quasi tutti gli intervistati dichiarano di avere la necessità di fare più visite domiciliari. Negli ultimi anni, infatti, alcuni pazienti allettati li vedono solo in occasione della campagna vaccinale o quando stanno male, non riuscendo a fornire, quindi, nessun servizio di prevenzione o di tempestiva segnalazione di patologie o di altre problematiche.

*“Servirebbe fare più assistenza domiciliare, che dovrebbe essere la metà del mio lavoro, non meno!”*

*“Se avessi più tempo, mi seguirei i miei vecchietti come dovrei. Mia madre è mia paziente e ha 90 anni. Non riesco a visitare nemmeno lei”.*

### **Bisogni del medico rispetto al SSN.**

Rispetto al SSN, i medici necessiterebbero di un contatto più proficuo e utile sul piano lavorativo.

*“Certe comunicazioni dovrebbero arrivare dal distretto: Arrivi lì, nuovo, oh bene, ciao, benvenuto! Tieni: hai tutte queste cose qua. Cioè, fai un foglio con tutte le cose che esistono, perché il passaggio di tutto non può avvenire tramite il tutor durante la formazione”.*

I MMG si sentono abbandonati dalla regione, come se non facessero parte del Servizio Sanitario Nazionale, e come se il loro lavoro non fosse considerato utile.

*“Noi qui facciamo la medicina territoriale in una regione che non crede nella medicina territoriale”.*

Infine, dichiarano di avere necessità di risorse, umane ed economiche, per poter erogare un servizio di maggiore qualità.

*“Bisognerebbe rimettessero i soldi che hanno tolto dal territorio”.*

*“Noi siamo stati mesi senza il geriatra nel distretto”.*

*“Al Centro di Salute mentale è impossibile, il 90% delle volte, effettuare un invio senza essere rimbalzati. C'è bisogno di personale”.*

### 3.4. Discussione

Dall'analisi di quanto emerso dalle interviste, il concetto di salute proprio dei MMG non appare corrispondere pienamente alla definizione dell'OMS.

Il modello bio-medico, che attribuisce un ruolo dominante alla dimensione organica nella spiegazione delle condizioni di salute e malattia, non sembra aver perso potere.

Questo emerge in modo particolare dalla gestione del sintomo non altrimenti specificato - dove la componente psicologia assume un ruolo rilevante - che sembra generare confusione nella maggior parte dei medici. Il modello bio-medico proprio della loro impostazione non fornisce infatti linee guida interpretative o griglie diagnostiche per questi particolari sintomi, non consentendo di dare spiegazione al problema portato dal paziente.

In accordo con la letteratura nazionale e internazionale<sup>120</sup>, l'individuazione della patologia psicosomatica avviene infatti tendenzialmente per esclusione, seguendo la griglia diagnostica propria del modello biomedico: questo spesso non consente di fornire risposte chiare al paziente, comportando frustrazione in entrambi (oltre a un dispendio di risorse impiegate in esami spesso inutili).

Per quanto riguarda l'erogazione della cura nell'ambito di salute mentale, si nota un differente approccio in base all'anzianità lavorativa del medico. In particolare, i medici di nuova generazione si scontrano con una carenza di formazione in merito alla gestione del disagio psichico, a fronte di una sostanziale presa di coscienza generazionale rispetto al ruolo dello stesso sulla salute e alla sua diffusione nella popolazione. Sarebbero propensi a suggerire una psicoterapia ai propri pazienti ove ritenuta utile, ma si scontrano con l'indisponibilità di psicologi all'interno del Servizio

---

<sup>120</sup> (Bellini, et al., 2022); (Olafsdottir, Gudjonsson, Jonsdottir, Jonsson, & Bjornsson, 2012)

Sanitario Nazionale. I medici con maggiore anzianità, invece, hanno la tendenza a gestire in prima persona quel tipo di disagio, ricorrendo spesso a una terapia farmacologica.

A nostro parere, e la letteratura in parte conferma questa ipotesi<sup>121</sup>, questa scelta potrebbe indicare una maggiore banalizzazione del problema da parte del medico più “anziano”, che è convinto di non necessitare di particolari competenze per gestire determinati passaggi del ciclo di vita del paziente, oltre a una maggiore aderenza al paradigma biomedico, secondo cui la patologia è da inquadrare come “un’alterazione della norma di variabili biologiche, somatiche e misurabili”<sup>122</sup> e quindi curabile con l’ausilio di farmaci che possano intervenire su tali alterazioni.

Di contro, sembra che il medico “giovane” ricorra ai farmaci per gestire il disturbo psicologico lieve prevalentemente per mancanza di valide alternative.

Il disturbo psicologico grave sembrerebbe essere gestito in maniera omogenea tra le due generazioni di medici: entrambi procedono infatti con l’invio al Centro di Salute Mentale.

Anche in questo caso, tuttavia, si scontrano con una generale mancanza di risorse del Sistema Sanitario Nazionale. Il Centro di Salute Mentale appare infatti, in quasi tutti i Distretti di appartenenza dei medici intervistati, oberato di lavoro. I tempi di attesa sono lunghi e gli invii da parte del MMG spesso non trovano risposta.

Questa problematica non è presente solo nel caso del disagio psichico, ma anche per la gestione di patologie esclusivamente a carattere organico: il Sistema Sanitario Nazionale è in sofferenza. Secondo i medici, mancano gli specialisti, mancano risorse economiche, mancano strumenti e le risposte sono solo di tipo prestazionale, non di presa in carico complessiva del paziente.

---

<sup>121</sup> (Cordella, Greco, Castellani, & De Nigris, 2015)

<sup>122</sup> (Engel, 1977)



Quando gli specialisti ci sono, tuttavia, i MMG si scontrano con la mancanza dell'abitudine a lavorare in équipe, modalità che viene ritenuta invece fondamentale per affrontare la complessità dei problemi portati dai pazienti.

Rispetto alla collaborazione con gli psicologi, i dati raccolti rispecchiano quanto indicato dalla letteratura<sup>123</sup>. Sembra, infatti, che i MMG siano concordi sulla necessità di questa figura all'interno delle cure primarie, ma sono preoccupati di un'eventuale collaborazione in compresenza con lo psicologo. Per rendere proficua la collaborazione, pare allora necessario un lavoro di negoziazione dei ruoli e di conoscenza reciproca tra le due figure e in merito alle reciproche competenze. Pare che i pregiudizi dei medici, riscontrati soprattutto nelle interviste svolte con i medici con maggiore anzianità lavorativa, rispetto allo psicologo e al suo lavoro, siano riconducibili a uno stigma culturale, ancora molto presente nella società, e a un'impostazione di tipo biomedico.

Una ricerca italiana su questo tema ha evidenziato che la ragione per cui i medici con maggiore anzianità ricorrono poco all'invio allo psicoterapeuta possa essere legata alle convinzioni dei MMG più "anziani", che condizionano la possibilità degli assistiti di esprimere una richiesta di intervento psicologico<sup>124</sup>.

Rispetto alla frequenza con cui i disagi psicosociali sono intercettati, dalla letteratura sono emersi altri due studi che evidenziano come i problemi di disagio psicologico portati dai pazienti che hanno attitudine positiva nell'affrontare tematiche psicosociali con il medico, vengono intercettati con maggiore frequenza<sup>125</sup>, e che un atteggiamento attivo da parte del medico

---

<sup>123</sup> (Negri, et al., 2019)

<sup>124</sup> (Negri, Carelli, Palladino, Zamin, & Di Buduo, 2015)

<sup>125</sup> (Del Piccolo, Saltini, & Zimmermann, 1998)

nell'introdurre tematiche psicosociali può avere un notevole effetto sul riconoscimento del disagio psichico<sup>126</sup>.

Così come non viene considerata la dimensione psicologica, anche gli aspetti sociali della salute sembrano rimanere ancora in ombra. Sembra che il medico non ritenga di propria competenza l'intercettazione e la gestione di tali problematiche. Le ragioni di questo sembrano essere multiple. Alcune di ordine prettamente metodologico: gli aspetti legati all'ambito sociale sono percepiti come esterni al dominio della scienza medica, e quindi i medici pensano che intervenire su questa dimensione non faccia parte del loro ruolo. Altre sono di ordine pratico, in quanto mancano dispositivi preposti alla comunicazione e alla collaborazione tra medici e operatori sociali.

Per quanto concerne la promozione della salute, dalle interviste pare emergere in prima analisi che i medici non discriminino tra promozione della salute e prevenzione, e che, per quanto rispetto alla promozione di alcuni comportamenti di salute i medici si spendano molto, ci sia in loro una generale convinzione di inutilità di queste azioni. I medici, indipendentemente dagli anni di servizio, sono convinti che i pazienti non li ascoltino, e che cambino effettivamente stile di vita solo quando si spaventino per l'emergere di un problema di salute.

I dati in letteratura evidenziano che il sentimento di inefficacia rispetto al generare cambiamenti di salute è condiviso dalla maggior parte dei medici in Europa<sup>127</sup>, ma che questa sensazione diminuisce sensibilmente dopo aver seguito un'adeguata formazione<sup>128</sup>.

---

<sup>126</sup> (Del Piccolo, 2000)

<sup>127</sup> (Brotons, et al., 2005)

<sup>128</sup> (McAvoy, Kaner, Lock, Heather , & Gilvarry, 1999)

Ci chiediamo, quindi, se il fallimento dei loro tentativi non sia condizionato dalla convinzione di non avere la possibilità di convincere il paziente, convinzione connessa alla mancanza di competenze specifiche per lavorare sulla prevenzione attraverso la relazione.

Dalla ricerca emerge, forse non a caso, che i medici “combattono” quotidianamente con le dinamiche che nascono all’interno della relazione con i pazienti, e, in particolare, con gli aspetti legati alla *compliance* e alla *concordance*, e che questo è per loro fonte di grande frustrazione.

Il rapporto medico paziente è una delle cause principali del generale malessere emerso dalle interviste. Appare evidente come tale relazione sia allo stesso tempo un potente strumento per il medico e nel contempo un fattore di malessere. Probabilmente questo è dovuto a diverse cause: dal ruolo sociale del medico, percepito dal paziente come un contenitore dei disagi, alla mancata formazione ricevuta sulla gestione del rapporto con il paziente, fino alla mancanza di consapevolezza dei medici rispetto alla necessità di fare un lavoro su se stessi per stare all’interno della relazione, senza venirse fagocitati. A questo si aggiunge l’aumento di comportamenti aggressivi da parte dei pazienti comparso dopo la pandemia.

Alcuni affrontano queste problematiche attraverso un lavoro personale in psicoterapia, ma la maggior parte non ha strumenti per gestire le emozioni connesse alla relazione.

Sembra, quindi, che il medico debba trovare il punto di equilibrio tra le proprie convinzioni e la propria formazione biomedica, e la complessa e multiforme realtà portata dalle persone che ha il compito di prendere in carico, e che sono sempre meno inclini ad accettare di essere considerati come oggetti passivi della cura.

In questa direzione, la letteratura fa riferimento al fatto che la maggior parte delle denunce per negligenza (*malpractice*) sono generate da errori della gestione della relazione<sup>129</sup>, che

---

<sup>129</sup> (Beckman, Markakis, Suchman, & Frankel, 1994)

avvengono quando vi è una grande distanza fra le aspettative del paziente e la reale risposta del medico. Quando il paziente vede frustrate le proprie aspettative, la relazione di cura può terminare senza approdare a nulla. In questi casi le lamentele riportate dai pazienti riguardano la percezione che il medico faccia le cose in modo affrettato, o di essere ignorati, o ancora di ricevere spiegazioni inadeguate e che il medico dedichi troppo poco tempo alla consultazione. L'unica soluzione possibile è che il medico riesca a porsi in un modello di reciprocità con il paziente, un modello in cui le figure abbiano una relazione di tipo paritario, alla quale «entrambe le persone coinvolte nella relazione, il medico e il paziente, apportino un contributo»<sup>130</sup>. Il problema nell'adottare questo tipo di modello è legato anche all'eterogeneità del livello culturale dell'utenza. Solo molta attenzione dedicata a costruire la relazione e a comunicare in maniera efficace può aiutare il medico a instaurare un rapporto di reciprocità con i pazienti. La chiave è nel riconoscersi reciprocamente come persone. È una relazione che si realizza con scambi comunicativi efficaci solo nel momento in cui le persone coinvolte sono in una relazione paritaria. Scegliere un modello di reciprocità, quindi, passa dall'accettare l'altro come persona<sup>131</sup>. Ci chiediamo se il riuscire ad adottare questo modello relazionale potrebbe non solo migliorare la *concordance*, ma portare anche a una diminuzione nel ricorso da parte del medico a pratiche di medicina difensiva. Se il medico non si sentisse costantemente sotto attacco, forse, il livello di stress diminuirebbe sensibilmente, con la relativa conseguenza dell'attivazione di un circolo virtuoso di miglioramento della relazione, della *concordance* e quindi della cura.

La formazione del medico, che potrebbe consentire questo passaggio, non sembra però cambiata di molto negli ultimi trent'anni. La formazione universitaria non prepara al lavoro nel

---

<sup>130</sup> (Roter & Hall, 2006)

<sup>131</sup> (Bertone, 2019)

territorio. Appare dunque chiaro come la formazione rischi di essere obsoleta, in una società in cui, in ambito di salute, la prospettiva bio-psico-sociale è l'unica che può rispondere ai bisogni della persona.

Ci pare di capire che la soluzione proposta dal DM 77-2022 e dalla Missione Salute del PNRR potrebbe contribuire a risolvere le difficoltà che i MMG in questo momento stanno affrontando per una presa in carico adeguata dei pazienti.

Se i fattori di stress sono legati alla mancanza di tempo, alla mancanza di un'équipe interdisciplinare, e alla difficoltà nel gestire i complessi problemi di salute dei pazienti, le Case di Comunità potrebbero essere effettivamente la soluzione.

I medici, tuttavia, non sono del tutto d'accordo, sia per il timore che – per la peculiarità del territorio ligure - la creazione di queste strutture possa comportare una perdita di prossimità per i pazienti, sia per una generale mancanza di fiducia verso il Sistema Sanitario Regionale, che non ha dato seguito ai miglioramenti promessi, sia per il timore che le loro condizioni lavorative possano peggiorare e che possa andarsi a perdere quel rapporto medico paziente esclusivo che ritengono di prioritaria importanza per la cura.

Per concludere, quindi, sembra che i medici di medicina generale, pur essendo ancora molto legati al paradigma biomedico, stiano esprimendo la necessità di far parte di un sistema di cure integrato che, in linea con il modello bio-psico-sociale, offra loro la possibilità di una efficace presa in carico del paziente.

### **Limiti della ricerca.**

Il primo limite è legato all'inesperienza di chi scrive. La difficoltà maggiore è stata riscontrata nella somministrazione delle interviste semi-strutturate e in particolare, nello “stare

nell'incertezza" e lasciare la possibilità agli intervistati di rispondere con le tempistiche che ritenevano necessarie. L'ansia che i silenzi hanno generato, infatti, ha portato alla generazione di domande non strettamente necessarie. Durante la codifica delle interviste, quindi, è emerso come molte risposte non fossero state adeguatamente approfondite. Questo ha portato alla creazione di categorie non del tutto sature e all'emersione di nuclei concettuali che potrebbero non rispecchiare del tutto il pensiero degli intervistati.

Un ulteriore limite è dato dal fatto che la metodologia della *Grounded Theory* vorrebbe una collaborazione tra ricercatori che possa permettere un confronto costante circa ciò che progressivamente scaturisce dalla codifica e analisi dei dati, mentre in questo caso non è stato possibile.

Infine, ma chi scrive ne è consapevole, il campione è esiguo e i concetti emersi dall'indagine non possono essere considerati rappresentativi se non delle persone che li hanno espressi, per cui non è possibile generalizzare i risultati all'intera categoria dei Medici di Medicina Generale.

## Conclusioni

Pur non potendo generalizzare i risultati della ricerca riportata in questo elaborato, è nostra convinzione che i medici di “nuova” generazione siano più orientati verso un paradigma bio-psico-sociale, rispetto ai medici con maggiore anzianità lavorativa.

Con il progressivo pensionamento dei medici di medicina generale e degli specialisti attualmente in servizio, quindi, il futuro della Medicina di Base potrebbe cambiare.

L’attuazione del DM 77-2022 e l’attivazione delle Case di Comunità, inoltre, anche grazie alla collaborazione con le figure che verranno inserite all’interno dell’équipe multidisciplinare, potrebbe aiutare i medici a effettuare il passaggio dal paradigma biomedico a quello bio-psico-sociale, ritenuto più proficuo nell’affrontare la complessità dei problemi di salute della popolazione.

Ci chiediamo, infine, se l’inclusione, all’interno dell’offerta formativa dei medici, di riflessioni su una prospettiva che integri le dimensioni biologica, psicologica e sociale della salute, possa aiutarli a operare il cambiamento necessario verso un concetto di salute sempre più integrato, verso quella *One Health* che l’OMS propone come irrinunciabile obiettivo per il futuro della società.

## Bibliografia

- Abbagnano, N. (1971). *Dizionario di filosofia*. 2° ed. Utet.
- Aperio Bella, F. (2022). *One Health: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari per un approccio olistico alla salute umana, animale e ambientale*. Napoli: Editoriale scientifica.
- Ardenghi, S. (2016). *Sapere, Saper fare, Saper essere. Studio Longitudinale sulla Formazione alla relazione medico-paziente*. Tesi di dottorato, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano.
- Atlas, R., & Maloy, S. (2014, Dec 31). *One Health: people, animals, and the environment*. Washington, DC: American Society for Microbiology Press.
- Bara, B. (2007). *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.
- 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.
- Becker, G. B. (1998). Knowledge and care of chronic illness in three ethnic minority groups. *Family Medicine*, 30, 173-178.
- Becker, M. H. (1985). Patient adherence to prescribed therapies. *Medical Care*, 23(5), 539-555.
- Beckman, H., Markakis, K., Suchman, A., & Frankel, R. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*, 154(12), 1365-1370.
- Bellini, M., Tosetti, C., Rettura, F., Morganti, R., Lambiase, C., Bassotti, G., & De Batiani, R. (2022). Translational gap between guidelines and clinical medicine: The viewpoint of



- italian general practitioners in the management of IBS. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(13), 3861.
- Bellomo, A. (2004). *Psicologia medica e abilità relazionali*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
- Benedetti, F. (2012). *Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- 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.
- Bertini, M. (2012). *La psicologia della salute*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bertolini, G. C. (1994). Identità e cambiamento: Un capovolgimento ontologico. In G. Bertolini (A cura di). *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. Milano: Guerini.
- Bertone, B. (2019). Medico e stili di gestione del paziente. *Giornale Di Clinica Nefrologica E Dialisi*, *24*(3), 1-4.
- Bohart, A. C. (2002). Empathy. In J. Norcross, & J. Norcross (A cura di), *Psychotherapy relationship that work*. New York: Oxford University Press.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann. Fam. Med.*(2), 576-582.
- Braibanti, P. (2017). *La psicologia della salute nei contesti di cura. Soggettività, comportamenti, sviluppo, tecnologie e organizzazione*. Bergamo: Università degli Studi di Bergamo.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University press.

- Brotons, C., Björkelund, C., Bulc, M., Ciurana, R., Godycki-Cwirko, M., Kloppe, P., . . . Vuc, J. (2005, 5). Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine, 40*, 595-601,.
- Butler, N. M., Champion, P. D., & Cox, A. D. (1992). Exploration of doctor and patient agendas in general practice consultation. *Social Science And Medicine, 35*, 1145-1155.
- Byrne, P. S., & Long, B. L. (1976). *Doctors talking to patients*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Caporale, M. (2012). Medicina, antica arte del "prendersi cura". In M. Caporale, P. Falaschi, & G. Familiari, *Prendersi cura: la relazione terapeutica e la comunicazione medico-paziente*. Roma: UniversItalia.
- Cassel, E. J. (1985). *Talking with patients: Volume 2. Clinical Technique*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Castaldo, M. (2013). L'interazione medico-paziente: Tra senso, biopotere, cura e guarigione. *Salute e Società*(1), 164-172.
- Cavicchi, I. (2000). *La medicina della scelta*. . Torino: Bollati & Boringhieri.
- Ceccarelli, M. (2015). L'empatia: Modello biopsicosociale e implicazioni terapeutiche. in *"Psicobiiettivo : rivista quadrimestrale di psicoterapie a confronto, XXXV*(2), 38-59.
- Chiri, L. R., Menchetti, M., Fioritti, A., & Berardi, D. (2016, settembre). Lo Psicologo nella Casa della Salute. Intercettazione precoce del disagio psichico. *Sestante*.
- Colombo, F., & Rebughini, P. (2006). *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*. Roma: Carocci.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Medicalization and social control*.(18), 209-232.

- Cordella, B., Greco, F., Castellani, A., & De Nigris, N. (2015). La prospettiva biopsicosociale nella rappresentazione dei medici di medicina generale di Roma. In A. Sannella, & F. Toniolo, *Le sfide della sanità italiana, tra crisi strutturali e social innovation* (p. 133-152). Venezia, IT: Ca' Foscari.
- Curcetti, C. (Ottobre, 2008). Il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale : il programma Giuseppe Leggieri della Regione Emilia Romagna,. *XII Conferenza Nazionale HPH (Ospedali per la Promozione della Salute)*. Milano.
- De Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Mazzi, F., Serra, G., Visonà, G., . . . Rossi, A. (2006). Prevalence of common mental disorders in Italy. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders(ESEMeD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 853-861.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral And Cognitive Neuroscience Reviews, 3*, 71-100.
- Del Piccolo, L. (2000, 4). Psychosocial problem disclosure during primary care consultations. *Epidemiologia e psichiatria sociale, 9*, 257-271.
- Del Piccolo, L., Saltini, A., & Zimmermann, C. (1998). Which patients talk about stressful life events and social problems to the General Practitioner? *Psychological Medicine, 6*, 1289-1299.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., . . . Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. . *Archives of General Psychiatry, 62*(4), 409-416.
- Di Lauro, Amato, Ascari, Caramiello, Orrico, Pava, . . . Torto. (2023). *Istituzione del servizio psicologo di territorio e delle cure primarie nonchè della figura professionale dello*

*psicologo delle cure primarie*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da Camera dei deputati:

<https://www.camera.it/leg19/126?tab=&leg=19&idDocumento=1228>

Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10*(4), 421-434.

Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy, 61*(3), 241–254.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*(196), 129-136.

Familiari, G. (2012). Lo studio delle scienze umane. La “mission” specifica del Corso di Laurea: Il modello biomedico-psico-sociale. In M. Caporale, P. Falaschi, & G. Familiari, *Prendersi cura: la relazione terapeutica e la comunicazione medico-paziente*. Roma: UniversItalia.

FAO, OIE, WHO, UNSIC , UNICEF, & WB. (2008). *Contributing to One World, One Health: A Strategic Framework for Reducing Risks of Infectious Diseases at the Animal–Human–Ecosystems Interface*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da <https://www.fao.org/3/aj137e/aj137e00.pdf>

FAO, UNEP, WHO, & WOA. (2021). *One Health High-Level Expert Panel*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da World Health Organization: <https://www.who.int/groups/one-health-high-level-expert-panel>

FAO, UNEP, WOA, & WHO. (2022). *One health joint plan of action (2022–2026): working together for the health of humans, animals, plants and the environment*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059139>

- Farre, A., & Rapley, T. (2017, Nov 18). The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare (Basel)*, 5(4), 88.
- Foss, L., & Rothenberg, K. (1987). *The Second Medical Revolution: From Biomedicine to Infomedicine* (Vol. 1st ed). Boston, MA, USA: Shambhala.
- Freudenreich, O., Kontos, N., & Querques, J. (2010). The Muddles of Medicine: A Practical, Clinical Addendum to the Biopsychosocial Model. *Psychosomatics*, 51, 365-369.
- Ghaemi, S. N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br. J. Psychiatry*, 195, 3-4.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. . New York: Aldine de Gruyter.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books, Inc.
- Governo della Repubblica italiana. (2021). *Italia Domani, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>
- Grice, H. P. (1987). Logica e conversazione. In M. Sbisà, *Gli atti linguistici: Aspetti e problemi di filosofia del linguaggio*. . Milano: Feltrinelli.
- Grmeck, M. D. (1996). Il concetto di malattia. In M. D. Grmeck, *Storia del pensiero medico occidentale - Vol. 2: Dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento* (p. 259-289). Roma: Laterza.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Herman, J. (2005). The Need for a Transitional Model: A Challenge for Biopsychosocial Medicine? *Fam. Syst. Health Spec. Issue Curr. State Biopsychosoc. Approach*(23), 372-376.
- Illich, I. (1977). *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Milano: Mondadori.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., . . . Wang, P. (2003, Jun 18). National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Lain Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- Latino, A. (2022). Il paradigma One Health nell'ordinamento internazionale: un'analisi critica di origini, protagonisti, strumenti normativi. *Corti Supreme e salute*, 3, 779-808.
- 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.
- Leprise, C. (2023, Jun 16). It's time to take a sustainable approach to health care in the face of the challenges of the 21st century. *One Health*. 2023.
- Liddle, H. A. (1982). On the problem of eclecticism: A call for epistemologic clarification and human-scale theories. *Family Process*, 21, 243-250.
- Liotti, G. (2007). I modelli operativi interni dell'attaccamento nella relazione terapeutica. In P. Gilbert, & R. L. Leahy, *La relazione terapeutica in terapia cognitivo-comportamentale*. Firenze: Eclipsi.

- Liotti, G., & Monticelli, F. (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionistica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liuzzi, M. (2020, 2). Per un progetto nazionale di psicologia di cure primarie. *Psicologia della Salute*, 158-175.
- Luban-Plozza, B. (2001). *Il medico come terapia. L'alleanza con il paziente*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Lussier, M. T., & Richard, C. (2008). Because one shoe doesn't fit all: A repertoire of doctor-patient relationships. . *Canadian Family Physician*, 54(8), 1089-1092, 1096-1099.
- Malmgren, H. (2005). The theoretical basis of the biopsychosocial model. In P. White, *Biopsychosocial Medicine: An Integrated Approach to Understanding Illness*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- McAvoy, B., Kaner, E., Lock, C., Heather, N., & Gilvarry, E. (1999, Mar). Our healthier nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *Br J Gen Pract*, 49(440), 187-190.
- McKeown, T. (1978). *La medicina. Sogno, miraggio o nemesi?* Palermo: Sellerio.
- McLaren, N. A. (1998). A Critical Review of the Biopsychosocial Model. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 32, 86-92.
- McWhinney, I. R. (1993). Why we need a new clinical method. *Family Practice*, 11, 3-7.
- Mengheri, M. (2003). Dalla prevenzione alla promozione della salute. *Sentieri. Itinerari di Psicopatologia, Psicosomatica, Psichiatria*, 3, 61-78.
- Miglioretti, M., & Romano, D. (2008). La domanda di psicologia in Italia. In G. Ponzio, *La psicologia e il mercato del lavoro: una professione destinata al precariato?* (p. 47-82). Milano: Franco Angeli.

- Ministero della Salute. (2022, Maggio 23). Tratto il giorno Febbraio 2024 da Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
- Moja, E. A., & Vegni, E. (2000). *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Negri, A., Carelli, L., Palladino, A., Zamin, C., & Di Buduo, S. (2015). Decostruire vincoli e promuovere possibilità grazie e nella relazione tra medico di famiglia e psicologo. Un'analisi esplorativa di come il medico vede lo psicologo. *Giornate Nazionali di Psicologia Positiva-VIII Edizione. Nutrire Positività. Ricerche e interventi per la promozione del benessere*, (p. 9-10).
- Negri, A., Fumagalli, E., Andreoli, G., Carelli, L., Zamin, C., & Paladino, A. (2019). Realizzare il modello biopsicosociale nelle cure primarie. Medico e psicologo insieme? L'opinione dei medici di medicina generale. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale*, 26(6), 76-82.
- OHHLEP, Adisasmito, W., Almuhairei, S., Behraves, C., Bilivogui, P., & et al. (2022). One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. *PLOS Pathogens*, 18(6).
- Olafsdottir, L. B., Gudjonsson, H., Jonsdottir, H. H., Jonsson, J. S., & Bjornsson, E. (2012). Irritable bowel syndrome: Physicians' awareness and patients' experience. *World J. Gastroenterol.*, 18, 3715-3720.
- Ongaro Basaglia, F. (1982). *Salute/malattia. Le parole della medicina*. Torino: Einaudi.
- OSMED. (2015). *L'uso dei farmaci in Italia, rapporto Nazionale anno 2015*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da AIFA: [https://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto\\_OsMed\\_2015\\_\\_AIFA.pdf](https://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_2015__AIFA.pdf)
- Palmieri, C. (1997). I luoghi del discorso. In G. Bertolini, R. Massa, G. Bertolini, & R. Massa (A cura di), *Clinica della formazione medica* (p. 40-115). Milano: Franco Angeli.



- Perfranceschi, L. (2013). Ascolto ed empatia: Riflessioni sulla costruzione della relazione di cura. In A. Moretto, *Il paziente tra coscienza e relazionalità* (p. 73-86). Verona: Libreria Cortina Editrice.
- Piccinini, G., & Gardini, F. (2010). Dal sintomo al significato. La relazione terapeutica nella fenomenologia clinica. *La società degli individui*, 38, 93-104.
- Presidenza della Repubblica. (1999, 11 10). *Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000"*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da Gazzetta ufficiale della repubblica italiana:  
[https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1999-11-22&atto.codiceRedazionale=099A9917&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1999-11-22&atto.codiceRedazionale=099A9917&elenco30giorni=false)
- Preston, E., & Waal, F. W. (2003). Empathy: Its ultimate and proxymates bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 1-72.
- Preston, S. D. (2013). The origins of altruism in offspring care. *Psychological Bulletin*, 139, 1305–1341.
- Rezzara, A. (1997). Relazione e cura. In G. Bertolini, & R. Massa, *Clinica della formazione medica* (p. 186-212). Milano: Franco Angeli.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In H. Kirschenbaum, & V. Henderson, *The Carl Rogers reader* (p. 184-256). Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers,, C. (1970). La terapia centrata sul cliente. Firenze: Martinelli.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/Patients talking with doctors: IMPROVING COMMUNICATION IN MEDICAL VISITS 2nd ed.* Westport, Connecticut: Praeger.

- Saba, G. W. (2002). L'approccio biopsicosociale: Mappe, miti e modelli di salute e malattia. . In V. Cigoli, & M. Mariotti, *Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia* (p. 25-55). Milano: Franco Angeli.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma- Bari: Laterza.
- Searight, H. R. (2016). The Biopsychosocial Model: "Reports of My Death Have Been Greatly Exaggerated.". *Cult. Med. Psychiatry*(40), 289-298.
- Smith, R. C., Lyles, J. S., Mettler, J., & Stoffelmayr, B. (1998). The Effectiveness of Intensive Training for Residents in Interviewing: A Randomized, Controlled Study. *Ann. Intern. Med.*, 128, 118-126.
- Spinsanti, S. (2004). Il rapporto medico-paziente: Il posto dell'etica. *Salute e Società*, 1, 51-68.
- Stein, E. (1986). *L'empatia*. Milano: Franco Angeli.
- 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.
- Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1976). The basic models of the doctor-patient relationship. *Archives Of Internal Medicine*, 97, 585-589.
- Tarozzi, M. (2008). *che cos'è la grounded theory*. Milano: Carrocci.
- Tomasello,, M. (2009). *Le origini della comunicazione umana*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Van Oudenhove, L., & Cuypers, S. (2014). The relevance of the philosophical "mind-body problem" for the status of psychosomatic medicine: A conceptual analysis of the biopsychosocial model. *Med. Health Care Philos. Dordr*:(17), 201-213.
- Von Bertalanffy, L. (1950). The theory of open systems in physics and biology. *Science*, 23-29.

- Von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development*. New York: George Braziller.
- 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.
- Weston, W. W., & Brown, J. B. (1995). Overview of the patient centred clinical method. In M. Stewart, J. B. Brown, W. W. Weston, I. R. McWhinney, C. L. McWilliam, & T. R. Freeman, *Patient centred medicine: Transforming the clinical method* (p. 21-30). London: Sage Publications.
- Wildlife Conservation. (2004). *The Manhattan Principlless*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da One World one health: <https://oneworldonehealth.wcs.org/About-Us/Mission/The-Manhattan-Principles.aspx>
- World Health Organization. (1946, June). *the technical preparatory committee for the international health conference*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da United Nations Digital Library: <https://digitallibrary.un.org/record/1467768?ln=en>
- World Health Organization. (1986). *Carta di Ottawa*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da Azienda regionale per il coordinamento della salute: <https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2020/11/11/Carta%20Ottawa.pdf>
- World Health Organization. (1998). *Health21: Health for all in the 21st century*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-21-health-for-all-in-the-21st-century>.

World Health Organization. (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. *World Organization of National Colleges, Academies, & Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*.

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da WHO: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Tratto il giorno Febbraio 2024 da World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>