

1. Interdisciplinarietà e interprofessionalità: la «scienza servizievole»

Claudia Zamin & Attà Negri

Multidisciplinarietà, interprofessionalità, équipe, territorialità, rete sono alcune parole che trovano consenso e plauso dalla maggior parte degli operatori sociali e sanitari; tuttavia, condividere una certa posizione teorica e riuscire a declinarla nella pratica non è compito né semplice né scontato. Implica contemporaneamente una costante autoconsapevolezza dell'identità professionale e una sua ridefinizione nell'incontro con la soggettività e professionalità dell'altro. Qualche esempio può essere utile. All'inizio dell'esperienza, che verrà minuziosamente analizzata nella seconda parte del testo, un "esercizio" utile è stato trascrivere l'incontro con alcuni assistiti dell'ambulatorio medico. La stesura, effettuata separatamente dagli operatori, si è rivelata uno strumento per riflettere, costruire linguaggi e prassi condivise. Infatti, ripreso successivamente durante gli incontri di équipe, ha permesso anche agli altri operatori di ripensare la propria esperienza all'interno degli ambulatori. Di seguito un esempio.

Anna: nota della psicologa

Il MMG mi presenta il caso circa due ore prima, mi trovo in ambulatorio per una consultazione* psicologica; quando il MMG mi parla sono un po' distratta perché presa dall'appuntamento imminente. Il medico mi informa che dopo avremo incontrato insieme una giovane ragazza, lui teme che il recente lutto del padre possa diventare patologico.

Anni fa aveva perso un fratello per abuso di alcolici.

Motivo esplicito della visita: richiesta di giorni di malattia.

Entrano una signora, che io reputo anziana e con lo sguardo basso, che accompagna la figlia, Anna, giovane e fisicamente "ingombrante". A quel punto mi ricordo: "recente lutto con rischio patologico". *Il MMG esce per pochi secondi per una ricetta, la ragazza mi guarda con occhi molto fermi: "le dico subito che non credo nella sua figura, non ho bisogno di lei [...] nessuno mi può*

togliere il dolore della perdita o riportare in vita mio padre”. Io mi chiedo... *ma cosa posso fare con una paziente così? Per una paziente così. Perché il MMG me l’ha mandata?* La ragazza afferma di essere arrabbiata col padre che se ne è andato perché non si è voluto curare, “è stato egoista ma poi è colpa dell’ospedale dove si è preso un batterio”. Mi rivolgo alla madre, domando cosa ne pensi, è d’accordo con figlia. Non so da che parte agganciare né Anna né la madre, mi sento impotente. Faccio notare che anche loro due, come il padre, si stanno lasciando andare e che forse la figlia ha bisogno della madre e la madre della figlia, se una di loro due “lascia”, probabilmente lo farà anche l’altra. La ragazza a quel punto piange. Le invito a ritornare in copresenza.

Anna: nota del MMG

Si presenta con la madre, richiede giorni di malattia per *depressione reattiva*, sostiene che il datore di lavoro non la vorrebbe perché è molto conflittuale con i clienti (cassiera). Esprime una profonda rabbia verso il padre deceduto da due settimane (“egoista, pensava solo a sé”), spalleggiata dalla madre. Le presento la psicologa, invitandola ad approfittare di questa presenza professionale, ma lei dubita. *Esco dalla sala visita*, al rientro si conclude rapidamente la visita col mio invito a riflettere sulla necessità di un sostegno psicologico. Rimasti soli, la psicologa mi dice che la paziente le ha detto di non credere in questo aiuto.

Uno stesso caso ricco di spunti (ed oggi potremmo umilmente affermare anche di errori) su cui si ritornerà successivamente: elementi simili raccontati in modo differente. La diversità è sicuramente una ricchezza, che manifesta però tutto il suo potenziale quando i molteplici punti di vista divengono oggetto di riflessione all’interno di uno spazio di pensiero condiviso che, al contempo, si sostanzia e si arricchisce dagli stessi in un flusso continuo. Accostarsi alla visione degli altri, uscire dalle proprie certezze e linguaggi professionali, essere disposti a lasciarsi interrogare da visioni differenti dalla propria implica una rinuncia, o quantomeno una sospensione momentanea delle convinzioni. A pensarci onestamente, è molto difficile. Lo si vede bene nelle due trascrizioni, redatte dai due operatori che hanno scelto spontaneamente di provarci e che all’inizio erano arroccati nei reciproci mondi e linguaggi.

Tutto questo risulta ancora più difficile se si pensa che la maggior parte delle facoltà universitarie raramente forma e prepara a pensare anche a questo livello; al contrario i laureati sono competenti e specializzati nel proprio settore e spesso convinti dell'universalità di quanto appreso. Il discorso richiede un ulteriore passaggio. Ciascuna disciplina ha ripartito settorialmente, e talvolta gerarchicamente, i propri temi e oggetti d'indagine perdendo la visione d'insieme che per secoli ha contraddistinto il sapere. Si prenda, ad esempio, il termine università: la sua origine etimologica designa l'insieme di persone (inizialmente le corporazioni), ma anche "l'universo" in quanto oggetto di indagine e, soprattutto, come direzione "uni-verso", traiettoria comune, verso cui i differenti settori disciplinari dovrebbero tendere per comprendere la realtà.

1.1 La caduta delle certezze newtoniane

Come ricorda Capua (2019), con Galileo, padre della scienza moderna, comincia una verticalizzazione del sapere, assolutamente necessaria e prolifica ma si inizia anche a perdere l'ampio sguardo che contraddistingueva gli studiosi, la reciproca contaminazione tra le diverse conoscenze e culture. Prima del Seicento il medico era uno scienziato-saggio, come ad esempio Vesalio (1514-1564) che ha saputo utilizzare il linguaggio dell'arte per illustrare l'anatomia che apprendeva "sul campo" dalla vivisezione dei cadaveri; con lui «l'arte si presta alla scienza per permettere alla scienza di manifestarsi e di essere sé stessa» (p.34). Dopo il 1600 il sapere compie dei passaggi straordinari che permetteranno sempre di più di conoscere, comprendere, descrivere la realtà attraverso il linguaggio matematico con l'obiettivo di trovare invarianti e scrivere le leggi che regolano l'universo. L'ideale perseguito, sino almeno la fine dell'Ottocento, era la visione di un mondo-macchina (in medicina, come in psicologia, di un uomo – macchina), i cui processi di funzionamento erano noti, certi e sfruttabili a vantaggio dell'uomo (Capra, 1982). Questo paradigma* rimane saldo sino alla comparsa della fisica quantistica, per poi iniziare a sgretolarsi: la doppia natura della luce (corpuscolare e ondulatoria), insieme alla scoperta che il ricercatore nel momento in cui osserva il suo campo di indagine lo modifica, sono due colpi nei confronti della scienza newtoniana. Il passaggio epistemologico avvenuto nella fisica ha impiegato diverso tempo per raggiungere anche le altre discipline; forse per alcune è

un processo ancora in atto. Affermare che il sistema osservante è parte del sistema osservato, dunque, che non può esistere una conoscenza assolutamente oggettiva, ancora oggi non è sempre una premessa condivisa.

Una facile ma pericolosa tentazione potrebbe condurre al relativismo: se non vi è più nulla di oggettivo, allora qualunque affermazione è lecita, aprendo le finestre su un orizzonte di babele e di pseudo verità. Oppure si può ripartire proprio dal rivalutare la finitezza e la molteplicità dei punti di vista, in una prospettiva che, come suggerisce Kaneklin (1993) «costringe l'operatore ad interrogarsi, e ad interrogare, avvicinando la situazione concreta, a godere e soffrire per l'autonomia della scienza che gliene deriva» (p.105). La conoscenza passa da essere una rappresentazione neutra ad essere una costruzione, in quanto non esiste più una realtà assoluta ed esterna ma una relazione tra chi conosce e i propri oggetti di indagine, una relazione che si fonda su obiettivi delimitati che sono costruiti e non dati. E questo riguarda tutte le scienze: non esistono punti di osservazione assoluti da cui si può cogliere tutto ma possibilità molteplici, tra le quali il ricercatore deve scegliere, rivalutando anche la creatività alla base di ogni mente pensante.

Diviene così più chiaro cosa significa godere e soffrire nella conoscenza; ovvero il piacere di comprendere alcuni elementi del reale ma anche il dolore di non poter cogliere tutto. Ci si apre così all'umiltà di accettare un senso di "onnipotenza" ridimensionato che, se accolto, diviene possibilità di incontro con gli altri ricercatori, scienziati, operatori e clinici.

1.2 Risvolti operativi

Il lettore potrebbe chiedersi che cosa ha a che fare tutto questo con la realtà clinica. In fondo le teorie e le questioni accademiche non riguardano gli operatori che sono chiamati a gestire situazioni concrete, le "opere" (da cui operatori), i fatti non il mondo delle idee. Lewin risponderebbe che niente è più pratico di una buona teoria. Qualunque bravo clinico, medico, psicologo*, infermiere ostetrica (la lista sarebbe lunga), sa che le proprie prassi e tecniche discendono dalle teorie, ed è proprio negli anni della formazione universitaria che si dovrebbe apprendere a nutrire anche l'umiltà verso la conoscenza, l'apertura verso gli altri operatori e discipline per fare della «scienza servizievole», come sostiene Lucangeli (2020). Ov-

vero studiare e conoscere per poter essere di aiuto, e nel caso delle professioni sociali e sanitarie, riuscire a creare dei sistemi di cura in cui tutti possano trovare un ascolto nei loro, per natura complessi, bisogni di salute. Attualmente è come se ci trovassimo in una fase di “luna nuova”, dove molte cose possono accadere, anzi, dobbiamo far sì che accadano.

Prima di addentrarsi nella sezione esperienziale del testo, nei paragrafi successivi verrà dato spazio ad una parte storico-critica relativa all’evoluzione del sistema sanitario italiano. Il lettore già esperto di questi temi dovrà perdonare la non esaustività di un argomento così complesso e che meriterebbe sicuramente maggiore spazio, ma non è questa la finalità del libro. Per ovviare a questo limite, vi sarà un rimando costante agli autori e ai testi di riferimento. Verranno evidenziati alcuni passaggi che hanno determinato la costituzione del servizio sanitario in Italia, sottolineando la loro simultaneità con alcuni eventi internazionali da cui è nata la Primary Health Care (PHC).

Si cercherà così di mettere in luce alcuni elementi che possono contribuire ad un miglioramento della medicina territoriale; qui la collaborazione tra MMG e psicologo* costituisce sicuramente un piccolo tassello ma che, insieme a molti altri come indicato dalla PHC, può contribuire all’affermazione di un approccio salutogenico e non solo curativo nelle prassi quotidiane. A questo punto è lecito domandarsi perché l’esperienza proposta abbia coinvolto proprio questi due operatori e non “un’altra coppia”. Medico e psicologo* sono due figure che storicamente si sono occupate di “curare” l’uomo; la stessa psicologia, disciplina molto più recente, è formalmente nata grazie a medici (Freud era un neurologo) e sperimentalisti (Wundt, 1879). Nel corso del tempo entrambe le discipline si sono indirizzate l’una verso il riduzionismo bio-molecolare, l’altra verso lo psicoriduzionismo. Purtroppo, la frattura, profonda e complessa, risale addirittura alla scissione cartesiana corpo – mente che, ponendo le basi del positivismo* ottocentesco, ha permeato la conoscenza e la clinica in entrambi i campi (Capra, 1982).

Psicologia e medicina sono rimaste separate, molto spesso troppo lontane, eppure l’esperienza di ciascun essere umano è l’unitarietà, non una riduzione al soma o alla psiche. I problemi e i sintomi vissuti da ciascuno dovrebbero trovare potenzialmente sempre un posizionamento teorico e una accoglienza clinica che li possa leg-

gere e restituire, almeno come intenzione, in questa unicità. Come la letteratura suggerisce (Solano, 2011, 2020), la presenza di un operatore, piuttosto di un altro, attiva e sintonizza la narrazione della propria esperienza di malattia/salute su un canale o un altro, a seconda della figura professionale che si trova dinanzi oppure su più canali quando sono presenti più figure. Questo lo si vede molto bene nel caso di Anna.

Il MMG esce per pochi secondi, la ragazza mi guarda (la psicologa) con occhi molto fermi: “le dico subito che non credo nella sua figura, non ho bisogno di lei [...]”.

La paziente si rivolge direttamente alla psicologa quando il medico esce, ponendo la questione psicologica per affermarne la sua inutilità. Il motivo della visita sono i giorni di malattia e la ragazza, in quel momento, non è pronta per affrontare altro.

Anche gli stessi operatori forse non sono molto “pronti” per affrontare insieme la situazione, ancora agli esordi dell’esperienza sono comprensibilmente posizionati nei rispettivi ambiti professionali. Questo si evince dal pensiero della psicologa e dall’azione del medico. La prima ragiona ancora in termini solipsistici di invio del paziente, chiedendosi “ma cosa posso fare con una paziente così? Perché il MMG me l’ha mandata”? Il medico ad un certo punto esce dalla stanza. Probabilmente anche lui implicitamente ritiene che sia una paziente per la psicologa, fino a verbalizzarlo, invitando l’assistita “ad approfittare di questa presenza professionale”. Gli scambi comunicativi sottolineano la fatica di pensarsi come un “noi” e le interazioni non avvengono mai “tra” tutti coloro che sono presenti: i due professionisti tendono ad intervenire in maniera univoca con la ragazza o con la madre. Non vi sono scambi tra medico, psicologa e pazienti contemporaneamente. Forse un semplice: “che cosa ne pensi” della psicologa, rivolto al medico, in presenza di mamma e figlia, avrebbe potuto aprire ad un ulteriore scambio a tre o quantomeno scoraggiato l’uscita del medico dalla stanza. Le azioni, i pensieri e le scelte si sarebbero forse orientate su un “nostro” caso e non “il mio” o “il suo”.

Infine, i due trascritti, che sicuramente risentono molto dello stile personale di ciascuno, presentano differenti lunghezze, secondo lo stereotipo che i medici sono più pratici mentre gli psicologi si per-

dono nei pensieri. Anche se i due racconti sono evidentemente simili nei contenuti, le sfumature aprono a molte riflessioni. Il MMG ragiona sin dall'inizio in termini di diagnosi nosografica mentre la psicologa si sofferma nel dettagliare aspetti relazionali, non verbali e di natura emotiva. Il "dottore del corpo" è orientato alla soluzione del problema/sintomo, invitando la paziente a fare dei colloqui psicologici, la "dottoressa della psiche" è maggiormente interessata ad "agganciare la paziente", a farla aprire, a creare una relazione in cui si possa fidare. Dal punto di vista di ciascun ambito disciplinare non vi è nulla di più corretto, ma nessuno dei due "dottori" pare raggiungere il proprio scopo in quel momento. Non è affatto semplice stare insieme all'inizio.

Eppure, nonostante tutte le visite e le autocritiche, qualcosa è accaduto ed è rimasto in Anna.

Circa un anno dopo, muore anche la madre che pare abbia tenuto nascosto a tutti un carcinoma, e questo accade dopo qualche mese che Anna si è felicemente sposata. A seguito dell'ennesimo lutto, contatta il proprio medico per i giorni di malattia: sta manifestando atteggiamenti aggressivi sul luogo di lavoro. Il MMG le propone di ritornare in ambulatorio il giorno in cui c'è anche la psicologa, lei accetta.

Questa volta il clima è totalmente diverso: Anna piange da subito, non sembra più un animale pronto ad attaccare, al contrario un cucciolo ferito. Guarda negli occhi medico e psicologa, permettendo loro di entrare nel suo mondo pieno di dolore: si sente tradita anche dalla madre e non sa come ripartire, nonostante si sia appena sposata e abbia accanto un uomo straordinario. Questa volta la conversazione coinvolge tutti i presenti, e la sensazione è di sentirsi maggiormente una squadra, pensando anche agli altri colleghi dell'équipe, e non due battitori liberi.

In accordo con il MMG si inizia anche una terapia psicofarmacologica. Oltre al comprensibile pianto, nel frattempo sono comparsi disturbi del sonno e aggressività. La paziente stessa chiede di poter usufruire della consultazione* psicologica presso l'ambulatorio medico. Si richiede anche un consulto presso il CPS di zona (che conferma la terapia del MMG), Anna riferisce di non essersi sentita ascoltata, quindi decide di non tornarci.

Nei mesi successivi il suo matrimonio pare fortunatamente "reggere" ma Anna decide di licenziarsi. Quello che oggettivamente si

presenta come un brutto segno per gli operatori, in realtà nasconde ben altro. Anna inizia ad occuparsi della sua salute fisica: è sempre più obesa, ipertesa e in scompenso tiroideo. Riprende i farmaci per l'artrite reumatoide che aveva sospeso e incomincia a dedicarsi all'alimentazione in maniera più corretta; ricomincia a fare le visite specialistiche e si attiene alle terapie. Svuota la casa della madre piena di oggetti e ricordi, riuscendo a venderla. Di tanto in tanto chiama il proprio medico per confrontarsi sugli aspetti sanitari, dove “qua e là” nel racconto non mancano piccoli dettagli della sua vita privata. Allo stato attuale (quindi dopo due anni dalla morte del padre), medico e psicologa apprendono che Anna ha recentemente cercato e trovato un lavoro a tempo determinato, la situazione organica è sotto controllo, ed è ancora sposata. Il ricordo più bello dell'incontro con Anna da parte della psicologa è di aver lasciato una donna che le ha detto: “oggi non vado più in crisi se non so fare le polpette e non posso chiamare mia madre. Oggi cerco la ricetta, mi arrangio da sola, non piango, sto imparando a farcela”. Gli accessi presso l'ambulatorio medico sono rari, spesso legati a banali influenze, l'atteggiamento verso il proprio MMG è sempre gentile e cordiale, cosa che in passato non era sempre avvenuta.

Bibliografia

1. Capra F. (1982), *Il punto di svolta: Scienza, società e cultura emergente*, Feltrinelli: Milano.
2. Capua I. (2019), *La salute circolare. Una rivoluzione necessaria*, Egea: Milano.
3. Kaneklin C. L. (1993), *Il gruppo in teoria e in pratica*, Cortina: Milano.
4. Lucangeli D. (2020), *A mente accesa*, Mondadori: Milano.
5. Solano L. (2011), *Dal sintomo alla persona. Medico e psicologo insieme per l'assistenza di base*, Franco Angeli, Milano.
6. Solano L. et., (2020), *L'esperienza di collaborazione tra psicologi della salute e medici di medicina generale (MMG) della Scuola di Psicologia della Salute di Roma*, in “Psicologia della Salute”, 1, pp. 79-91.