

3. Psicologia e PHC nella costruzione di un dialogo: vincoli e possibilità

Attà Negri & Claudia Zamin

3.1 Nuove rotte per la psicologia

La psicologia, nel suo primo secolo e mezzo di storia per accreditarsi culturalmente, da un lato ha rincorso il modello biomedico* (diagnosi e intervento), dall'altro ha rimarcato la propria distanza dalla medicina mettendo sullo sfondo l'importanza del corpo e degli elementi di realtà che caratterizzano la vita dell'uomo (Capra, 1982). Ricomporre la frattura tra psiche e soma, tra medicina e psicologia all'interno dell'intervento sanitario – e ancor più nella medicina territoriale dove la relazione medico paziente rimane preponderante sul tecnicismo – appare una sfida urgente; una opportunità da cogliere a vantaggio del cittadino e degli operatori. Come è già stato sottolineato nei precedenti paragrafi, è ormai scontata la complessa interazione di fattori ecobiopsicosociali nel determinare lo stato di salute. Infatti, spesso, i sintomi che spingono le persone a recarsi presso l'ambulatorio del MMG non riguardano solamente il corpo, ma anche il benessere relazionale, psicologico e sociale. Dal punto di vista economico, l'impatto dei disturbi psicologici sulla spesa sanitaria italiana si attesta intorno ai 3,6 miliardi di euro, con un'incidenza sulla spesa sanitaria pubblica totale pari al 3,2%, secondo le stime pubblicate dal Ministero della Salute (Istat, 2018).

Alla luce di queste importanti evidenze, l'OMS, nel Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020, ha affermato la necessità di estendere gli interventi di cura e promozione* della salute psichica anche al di fuori dall'ambito specialistico. Intervenire tempestivamente fin dalle prime fasi permette di evitare invii impropri ai centri specialistici e la cronicizzazione dei disturbi stessi. L'approccio biomedico*, ancora dominante, la settorialità formativa e clinica, sono in parte la causa della frammentazione dei percorsi di cura e dell'aumento di servizi e prestazioni che non necessariamente migliorano lo stato di salute, richiedendo, al contrario, ingenti risorse economiche per il SSN ed esponendo ad elevato rischio di "overmedicalizzazione" (Plochg et al. 2009).

Bertini (2010) evidenzia come negli anni il linguaggio adottato nella medicina (e non solo) abbia rappresentato una cultura prevalentemente orientata alla malattia più che alla salute e al benessere. L'utilizzo delle parole assume un ruolo rilevante nell'espressione del modello di riferimento che, nel caso della medicina e della psicologia, è stato per lungo tempo ancorato ad un modello di "malattia". La cultura generale spinge ciascuno di noi a sottolineare con più facilità le dimensioni del malessere e viceversa a non permettere l'espressione di vissuti di ben-essere. Del resto, come ricorda Capua (2019): «la salute ha una caratteristica che è un controsenso, ci pensi quando non c'è, l'apprezzi soprattutto quando non ce l'hai» (p.17). L'opportunità che si presenta oggi è quella di creare parole, metafore e concetti nuovi che siano espressione del modello "salute". Anche i documenti programmatori di sanità pubblica, come ad esempio il Piano Nazionale della Cronicità 2016, evidenziano la necessità di un cambio di parole-chiave (Tab. 3.1), capaci non solo di descrivere ma soprattutto di creare nuovi approcci e scenari orientati alla presa in carico della persona, intesa come unità corpo – mente all'interno del suo eco-sistema ossia nella sua complessità strutturale da cui non si può prescindere.

Tuttavia, la legittimazione normativa da sola non è sufficiente a garantire un vero cambiamento difficilmente raggiungibile attraverso prescrizioni, leggi per quanto nobili possano essere. Nell'ambito della salute emerge in modo evidente come la soggettività di tutti coloro che sono coinvolti, operatori e cittadini, sia un elemento discriminante (Martino et al. 2016). Contemporaneamente, si pone la questione di come collegare e far dialogare i punti del network, costruendo "spazi altri" di riflessioni e azioni condivise. La "cura" di questo aspetto dovrebbe essere alla base di qualunque intervento al pari dell'aiuto nei confronti delle persone, pena il fallimento del processo. Attualmente ci troviamo di fronte alla possibilità di favorire il superamento dell'erogazione delle prestazioni sanitarie* in favore di una cura come attivazione di risorse negli operatori, nei pazienti, nei loro sistemi familiari e comunitari.

Amelia ha 93 anni e ha avuto la fortuna di vivere un felice matrimonio con il marito, deceduto circa otto anni orsono. La signora è in leggero sovrappeso, ipertesa e ha una BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), diagnosticata molti anni addietro; è dovuta al lavoro in miniera di cui tuttavia non percepisce l'in-

validità poiché la percentuale riconosciuta è, seppure di poco, al disotto della soglia che le favorirebbe un compenso economico. Dalla morte del marito Amelia è rimasta abbastanza autonoma, decidendo di continuare a vivere sola a circa ottocento metri dalla figlia che di tanto in tanto passa a salutarla e a “controllare” la situazione. La signora ha anche cresciuto nella sua vita, oltre alla figlia secondogenita anche un maschio e ha subito la perdita di un terzo figlio per una polmonite non diagnosticata all’età di due anni. Siamo negli anni Cinquanta. Amelia si è rimboccata le maniche, e con il marito e i suoi figli, si è trasferita a Milano con i suoceri. Per circa dieci anni ha curato il suocero, allettato, reduce da una prigionia durante la Prima guerra mondiale che gli ha causato una paralisi facciale, con nevralgia al trigemino e quello che oggi verrebbe diagnosticato come un disturbo post traumatico da stress; una volta deceduti i suoceri, ha allevato tutti e sei i nipoti, frequentando la parrocchia e dedicandosi, in modo molto silenzioso, a piccoli aiuti nel suo quartiere. Quando la situazione clinica di Amelia peggiora (frequenti bronchiti, incontinenza urinaria e decadimento cognitivo moderato), si pone il problema di cosa fare. Sia la figlia sia il figlio sono da poco andati in pensione e non sono coinvolti eccessivamente nella cura dei loro nipoti ormai grandi. La signora vive in un piccolo appartamento di proprietà, percepisce la reversibilità del marito che aveva lavorato in miniera come lei. Da un punto di vista caratteriale, la signora è sempre stata molto discreta, buona e senza pretesa alcuna “ho sempre vissuto per la mia famiglia che amo”, queste sono le sue parole più frequenti.

Stando a questi “fatti”, se ci si dovesse fermare all’analisi oggettiva delle risorse, l’epilogo finale a cui molti potrebbero fisiologicamente giungere è considerare che i figli potrebbero (o dovrebbero) occuparsi della madre. Ma che cosa significa essere un caregiver? In alcuni casi, può tradursi nell’occupazione fisica di un paziente (come la stessa Amelia aveva fatto anni fa con il suocero), in altri non volerlo fare o ammettere di non riuscirci e farsi aiutare, ricorrendo a figure come le badanti oppure ad una RSA. Oppure, se fossimo in un approccio PHC, vi sarebbe forse un welfare comunitario dove reti formali e informali potrebbero, come la rete dei pescatori, aiutare a reggere il peso della cura sostenendo Amelia e i figli in una reale

gestione domiciliare. Una comunità che restituirebbe ad Amelia il bene che lei ha dispensato nel corso della sua vita.

Nell'attuale sistema di cura, come è possibile compiere una analisi integrata dei bisogni come suggerito dal Piano di Cronicità (Tab. 3.1)? E poi, bisogni di chi e con quale priorità? Stiamo parlando dei bisogni di accudimento di Amelia - che peraltro ha sempre chiesto di non essere messa in una RSA - o dei bisogni e le caratteristiche di due figli che non sono in grado di reggere il peso di questa situazione? Quali sono le dinamiche psichiche sottese a tutto ciò e che in fondo stanno determinando la direzione delle scelte? Forse sarebbe opportuno considerarle, ma il "sistema" non pare prevederlo.

Nel frattempo, Amelia viene ricoverata due mesi in ospedale per una broncopolmonite; al momento delle dimissioni l'assistente sociale dell'ospedale riesce a trovare un ricovero temporaneo (circa un mese) presso una struttura riabilitativa, dove però rimane allettata senza motivazioni cliniche. I due figli trascorrono le giornate a contattare le RSA da cui ricevono la medesima risposta: non c'è posto, la lista di attesa varia dai 6 mesi a 1 anno. La figlia inizia a manifestare una importante sintomatologia depressiva.

Veniamo ora ad alcune considerazioni. L'ospedale ha letteralmente salvato Amelia che è stata più volte sul punto di morte, l'ha dimessa in buone condizioni - compatibilmente con il suo quadro. L'assistente sociale, dal suo punto di vista, ha svolto il proprio dovere trovando una sistemazione temporanea.

È possibile attribuire una connotazione positiva alla gestione del caso? Sicuramente Amelia è ancora viva e ha un tetto per un mese. Quanto accadrà dopo non rientra tra i compiti della pneumologia né dell'assistente sociale. Questa è la cura che il sistema sanitario, attualmente, è in grado di offrire. Sicuramente ci sono ampi margini di miglioramento.

Il caso di Amelia prevede una conclusione "all'italiana". Una delle nipoti che è rimasta in panchina "ad osservare" rispettando, pur senza dividerle, le scelte della figlia secondogenita e i movimenti istituzionali, ad un certo punto per amore verso la nonna, decide di intervenire. Telefona alla RSA dove aveva lavorato anni prima come OSS e di cui nutre molta stima: dopo meno di un mese Amelia è inserita. Dopo due settimane, le visite vengono sospese perché scoppia la prima ondata di COVID-19. Amelia vive per un altro anno

senza infettarsi e muore a 96 anni a causa dell'ennesima bronchite che questa volta risulta fatale.

Vediamo alcune considerazioni. Dove sono la giustizia e l'equità nell'accesso di cure? Perché Amelia sì ed altri no? I diritti o sono tali per tutti o diventano privilegi. Sicuramente questo caso è pieno di contraddizioni e suscita riflessioni. Non è mai esistita una équipe coordinata per comprendere e gestire sin dall'inizio la situazione; una squadra, insieme all'assistente sociale e agli ospedalieri, in cui il MMG e l'infermiere di comunità forse avrebbero potuto sostenere i figli verso la domiciliarità. Questa scelta avrebbe sicuramente tenuto conto di quanto espresso da Amelia nel corso della sua vita: "Non mettetemi mai in una struttura" - era una frase che continuava a ribadire. Ma una domiciliarità che si traduce nell'erogazione di prestazioni infermieristiche e di igiene personale, significa davvero prendersi cura di Amelia? Forse rappresenta niente altro che l'assicurazione di standard minimi di sopravvivenza di una civiltà evoluta.

Salute possibile	Stato di salute legato alle condizioni della persona
Illness	Malattia vissuta dal paziente che ne diviene il centro e non solo malattia incentrata sulla patologia (disease)
Analisi integrata dei bisogni globali	Oltre la "razionalità tecnica" e i problemi squisitamente clinici
Analisi delle risorse del contesto ambientale	Analisi del contesto fisico, familiare e socio-sanitario locale, fattori facilitanti e barriere
Mantenimento e co-esistenza	Non solo guarigione
Accompagnamento (to care)	Non solo cura (to cure)
Risorse del paziente	Non solo risorse tecnico-professionali gestite dagli operatori
Empowerment	Abilità a "fare fronte" alla nuova dimensione imposta dalla malattia e sviluppo della capacità di autogestione (self care)

Approccio multidimensionale e di team	Non solo relazione “medico-paziente”; superamento dell’assistenza basata unicamente sulla erogazione di prestazioni, o una assistenza occasionale e frammentaria, ma costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici
Presa in carico proattiva ed empatica	Non solo risposta assistenziale all’emergere del bisogno
Patto di cura con il paziente e i suoi Caregiver	Non solo compliance alle prescrizioni terapeutiche

Tabella 3.1 Nuove semantiche da diffondere (Piano Nazionale della Cronicità 2016)

Si provi a pensare ora ad un’altra situazione reale che tutti potrebbero incontrare o hanno incontrato, e a sforzarsi di tradurre “in pratica” quanto suggerito dal Piano Cronicità. Si tratta di un esercizio per tentare di rispondere all’interrogativo in merito al significato di una gestione proattiva ed empatica di una situazione e non sull’emergenza del bisogno, in altre parole di capire in che cosa consiste l’analisi integrata dei bisogni, a chi compete farla, attraverso quali strumenti e tempistiche. Quali vincoli e possibilità vi sono realmente nella realizzazione di quanto suggerito nella tab. 3.1. Questi aspetti si concretizzano se riflettiamo sull’incontro con un assistito “mister x”, pensandolo nei contesti professionali quotidiani: chi nella solitudine dell’ambulatorio medico, chi in una medicina di gruppo, chi in una Casa di Comunità, chi nell’ambulatorio del reparto, chi nello studio privato o presso i servizi.

Qui di seguito invece c’è Mirko che si è recato dal suo MMG:

è un uomo che ha oltrepassato i 60 anni, andato in pensione poco più di un anno fa, e che giunge dal medico insieme alla moglie.

A vederli fisicamente la moglie ricorda una leonessa e lui un topolino pronto a spaventarla. Dopo 5 minuti di interazione con la coppia, istintivamente verrebbe da metterli in due gabbie e sedarli; il paziente in questione è Mirko che viene interrotto continuamente da Rosalba, perché “solo lei sa spiegare come stanno davvero le cose”. Lui però non molla, riprende la conversazione e ricomincia la sequenza.

Il motivo di tanto ardore è che Mirko, circa tre mesi fa, ha subito d'urgenza un'amputazione alla falange distale – primo dito del piede sinistro, a causa del diabete di tipo II, diagnosticato proprio “grazie” a questo problema (il tutto mentre la moglie si trovava in aeroporto al rientro da un viaggio). Iniziate le indagini, si è scoperto anche un secondo problema alla vista (retinopatia diabetica) per cui Mirko è in lista di attesa per un intervento di cataratta bilaterale. La coppia giunge dal proprio MMG perché Rosalba non riesce a far sì che il marito segua le indicazioni relative alla dieta, che lei ovviamente conosce meglio di qualunque esperto, perché avendo “una laurea in cui sono compresi diversi esami sull'alimentazione, io so molte cose che lui non conosce”. Inoltre, molti anni fa, la signora ha perso la sorella a causa del diabete di tipo I, motivo per cui l'equazione diabete – morte è molto vivida nel suo cuore.

Come molti pazienti diabetici, Mirko al contrario afferma di seguire la dieta (cosa non confermata dagli esami ematochimici e dal peso) e che ogni tanto è lecito concedersi qualcosa, “la vita dopotutto è già abbastanza dura così”. A complicare il quadro è l'ipovisus che dovrebbe rientrare dopo l'operazione ma che attualmente lo rende molto dipendente dalla moglie nella preparazione dei cibi e nelle uscite.

Mettendosi nei panni di Mirko, forse l'unico momento in cui sente di poter esercitare ancora un minimo di autonomia è quando la moglie esce di casa e lui alterna cioccolato, biscotti e pane lasciandone tracce per casa.

Si provi ora a pensare a come si dovrebbe tradurre il Piano Cronicità: ci troviamo davanti Mirko che assumerà farmaci per il diabete almeno per i prossimi venti anni, visite di controllo e una imminente operazione alla vista. Ad esempio, che cosa significa analizzare il suo contesto fisico, familiare e sociosanitario? Stando ai dati di realtà, Mirko è fortunato, ha una moglie e non presenta problemi economici; ha accanto una donna che vorrebbe prendersi cura di lui, forse, un po' troppo; ma la presenza di questo caregiver che prepara i pasti e lo accompagna, è solo una risorsa o rischia di essere anche un elemento di apparente risoluzione che amplifica il problema? Come dare torto a Rosalba quando davanti ai professionisti sfoggia corrette competenze nutrizionali che Mirko non segue? In fondo è

molto preoccupata. Ancora, dovremmo chiederci che cosa significa costruire un percorso integrato con Mirko, con gli operatori (in questo caso diabetologo, dietologo, chirurgo, MMG) e la moglie. A chi spetta farsi custode del dialogo nella rete? Ma soprattutto, cosa ne pensa Mirko? Perché ha trascurato così tanto il suo piede, arrivando all'amputazione dell'alluce?

Si potrebbe infine concludere, chiedendosi in che cosa dovrebbe consistere concretamente il patto di cura. Forse un impegno dove Mirko, avendo ben chiaro il suo problema grazie alla moglie e ai medici, garantisce loro di essere un "bravo" assistito che assumendo farmaci, seguendo una dieta regolare e presentandosi ai controlli gestirà al meglio la glicemia. Ovviamente che modifichi il proprio stile di vita in collaborazione con un'adeguata terapia farmacologica è un obiettivo fondamentale ma di certo non sarà raggiunto rendendolo più consapevole degli effetti negativi del suo stile di vita, trattandolo cioè come un bambino da educare. Così posto, il patto di cura rischia di essere una triste riedizione del modello paternalistico, guarnito di panna montata e cioccolato (per restare in tema), in una illusione condivisa di proattività del paziente che dovrebbe "aver capito" il suo problema e modificato lo stile di vita. Nulla di più improbabile e pericoloso.

Un'alternativa di sostanza, e non di forma, è considerare il patto di cura prima di tutto una relazione umana e professionale tra il paziente e tutti gli operatori coinvolti a vario titolo nel processo. È uno "stare con", cercando insieme di comprendere che cosa stia accadendo in quel particolare momento di vita e cosa poter fare.

Torniamo a Mirko. Stabilire una relazione con lui significa forse "trattare" *anche* che cosa rappresenti il diabete oggi nella sua storia e nel rapporto con la moglie. Forse da questo osservatorio si scorgono prospettive differenti. In effetti, ascoltando separatamente i coniugi e ricostruendo la loro storia, è risultato evidente come il "diabete" sia stato l'ennesimo pretesto per i due di vivere un rapporto di coppia caratterizzato da un legame forte e contemporaneamente molto doloroso: per anni la dinamica è sempre stata di sottomissione del marito verso la moglie e viceversa. Mirko tutte le volte che mangia il cioccolato (evidentemente facendo molto male alla propria salute), in fondo si prende delle rivincite verso Rosalba. Come in tante altre situazioni del loro passato, sembra dirle: "tu mi vuoi controllare con la dieta? E io ti frego con il cioccolato". Questo è il loro funzio-

namento di coppia da sempre, ora è cambiato solo l'oggetto: prima era stata la carriera professionale di entrambi, poi il figlio, il cane e ora il diabete. È paradossale ma si amano con queste modalità; purtroppo questa volta la posta in gioco è molto alta e Mirko ha già perso l'alluce, ora rischia la vista e se continua così l'orizzonte è di vera dipendenza dalla moglie con uno spazio di rivincita sempre più ridotto.

Stabilire una relazione che accompagna significa innanzitutto sapere leggere *anche* queste dinamiche ed inserirle nel quadro complesso dei dati organici e sociali, che per fortuna, in questa situazione sono favorevoli. Stiamo parlando di due neopensionati senza problemi economici, con due case di proprietà e un figlio all'estero; se così non fosse, ci sarebbe anche un ulteriore livello da far entrare nel processo di cura.

Riuscire a definire le dinamiche emergenti nella relazione con i curanti è un primo step, ma successivamente è necessario condividerle, nei giusti modi e con differenti gradi di approfondimento, con tutti gli operatori al pari della trasparenza degli ultimi esami del sangue. Il come è ancora tutto da costruire, sicuramente l'utilizzo di una cartella clinica unica è uno strumento importante, ma la sola digitalizzazione non implica essere parte del "corpo curante".

Contemporaneamente anche agli assistiti, con delicatezza e sensibilità, dovranno essere condotti all'interno di questo processo, partendo dal motivo per cui si sono trovati a richiedere aiuto: il diabete, all'interno di una coppia in cui la signora si presenta competente e il marito testone. Rosalba in fondo chiede al medico di confermarla in questa parte, di allearsi con lei in un "gioco di potere tra i sani e il malato".

Se siamo consapevoli di questo processo e lo dispieghiamo, trattandolo con "i guanti bianchi" nella relazione che si crea, allora Mirko potrà cogliere profondamente la pericolosità della sua scorretta alimentazione e il messaggio relazionale un vendicativo verso la moglie. Forse il diabete non sarà più utilizzato come motivo di scontro e di certo i valori glicemici quotidiani e l'emoglobina glicata ne gioveranno. La coppia continuerà certamente a mettere in atto la propria dinamica, ma con una consapevolezza maggiore e utilizzando poste in gioco meno pericolose del diabete.

A distanza di otto mesi Mirko è stato operato agli occhi, gestisce in maniera più autonoma la sua dieta (il peso e gli esami lo confermano), viene dal MMG senza Rosalba che ha smesso di recitare la parte del

controllore. Di tanto in tanto si presenta per le ricette legate alla prevenzione ginecologica e del seno, salutando con affetto gli operatori. Quanto sopra descritto ha impiegato le seguenti risorse e tempistiche: un primo incontro (quello narrato) in cui la coppia si è presentata dal proprio MMG; in quella occasione era presente anche uno psicologo*. Sono stati proposti due colloqui psicologici con Mirko presso l'ambulatorio medico e un colloquio* psicologico con Rosalba sempre presso l'ambulatorio. Infine, vi è stato un incontro finale di tra MMG, psicologo*, Mirko e moglie. La tempistica ha previsto circa un mese e mezzo di lavoro.

Date le premesse la situazione si è risolta molto positivamente, anche dal punto di vista delle risorse (di tempo ed economiche) impiegate come descritto in precedenza. Va sottolineato però che in questo caso entrambi i coniugi possiedono diverse risorse intrapsichiche, cognitive e sociali che hanno contribuito al felice epilogo. In altre circostanze, probabilmente non poche, alcune di queste condizioni potrebbero essere assenti o marginali, e il coinvolgimento degli altri operatori e servizi territoriali diviene un aspetto cruciale. Ma come detto poc'anzi, a chi spetta farsi garante di questo, con quali mezzi e tempistiche è davvero difficile immaginarlo nell'organizzazione di servizi che lavorano in maniera indipendente o che si intersecano formalmente inviandosi gli assistiti in assenza di un progetto condiviso.

3.2 Ponti e punti di contatto

Alla luce di queste considerazioni appare necessaria una inversione di rotta nei percorsi territoriali dove la psicologia può inserirsi offrendo la sua esperienza: alcuni scenari sono già noti e spendibili, altri ancora da scoprire e da mettere al vaglio delle possibilità. Di seguito si riassumono alcuni punti di incontro che potrebbero orientare il dialogo tra psicologia e Assistenza Primaria.

3.2.1 Cura ma anche promozione a partire dal territorio

Il territorio e le comunità di appartenenza rappresentano il luogo privilegiato per attivare le strategie di promozione*, prevenzione* e trattamento. La Psicologia di Comunità sorta in USA intorno agli anni '70 (qualche anno prima di Alma Ata), certamente insegna che è possibile occuparsi dei problemi tenendo insieme i vissuti delle persone con i dati oggettivi/sociali. Proprio a partire da questi ulti-

mi è possibile rintracciare sia ciò che “determina” la malattia sia le risorse, spesso nascoste, che possono essere liberate promuovendo empowerment negli individui, nei gruppi e nella comunità. Strumenti quali lo sviluppo di comunità, l’analisi organizzativa multidimensionale, il self help ne sono l’esempio (Zani & Palmonari, 1996; Francescato, Tomai & Girelli; 2002; Santinello, Vieno & Lenzi, 2018). Verso la fine degli anni ‘70 iniziano anche a porsi le basi della Psicologia della Salute (Matarazzo, 1980), che pone l’accento sulla responsabilità del soggetto nella costruzione e mantenimento della propria salute. Essa è considerata un impegno da assolvere tanto per sé quanto per la comunità in una prospettiva *life span*. Come ricorda Canguilhem (1966), il benessere e la salute globale sono condizioni da promuovere attivamente durante tutta la vita; nell’attuale organizzazione del SSN, uno dei servizi più prossimi (*proximus* significa vicino nello spazio e nel tempo) ai cittadini è sicuramente rappresentato dall’ambulatorio del medico di medicina generale.

Tuttavia, ad oggi, il tempo e il *management* dell’ambulatorio difficilmente consentono al medico di occuparsi di promozione* del benessere, di sanità d’iniziativa, alimentazione e stili di vita al pari della cura.

3.2.2 I bisogni psicologici nel setting della medicina generale

È risaputo quanto una malattia fisica possa limitare, in modo rilevante, il funzionamento della persona. Allo stesso modo le forme subcliniche dei disturbi psicologici più conosciuti, ma anche le condizioni più ordinarie di difficoltà possono costituire un limite invalidante: un lutto, un problema lavorativo, una crisi di coppia o nelle relazioni familiari, un trasferimento, una crisi esistenziale, l’invecchiamento, il pensionamento, l’uscita di casa dei figli, una disabilità, il deterioramento fisico proprio o di un familiare, un importante intervento chirurgico, la diagnosi e la prognosi di una malattia.

Per questo tipo di bisogni, ad oggi, i dipartimenti di cure primarie difficilmente sono in grado di fornire interventi interprofessionali e gratuiti (al pari del MMG): spesso il cittadino deve far fronte economicamente e socialmente a questa difficoltà. Seppure i LEA* mettano a tema questi bisogni, le risposte previste in termini consultoriali o tramite CPS o presso i servizi di Psicologia degli ospe-

dali, sono limitate ed insoddisfacenti rispetto ai reali bisogni della popolazione.

Nello specifico, tra le problematiche intercettate dai MMG presso gli ambulatori, ce ne sono alcune che troverebbero una più ampia risposta tramite una reale interprofessionalità tra MMG e psicologo*, ad esempio:

- Alcuni *stili di vita* e di personalità che incidono a lungo andare sullo stato fisico di salute;
- *MUS* (Medically Unexplained Symptoms) o sintomi fisici senza una spiegazione medica definita (algie, colon irritabile, insonnia, ecc..). Il programma britannico IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) ha rilevato che il 20-30% delle consultazioni in ambito di Assistenza Primaria riguardano proprio persone con MUS;
- Bisogni psicologici connessi a *patologie croniche* come ipertensione, diabete, cardiopatia ischemica, broncopneumopatia ostruttiva e dislipidemie;
- Ricadute psicologiche rispetto ad una malattia fisica “importante” o ad interventi chirurgici.

3.3 La complessità dell’assistenza in medicina generale²

La collaborazione tra il medico e lo psicologo* implica la conoscenza di quanto “accade” nel setting della medicina generale svolta sul territorio.

La domanda a cui ciascun MMG, quando incontra un assistito, è chiamato a rispondere, concerne il significato del proprio compito, ovvero quali fenomeni che, dispiegandosi nel qui ed ora, richiedono una particolare attenzione.

Un medico che accoglie un paziente dovrebbe saper elaborare elementi semeiotici che inevitabilmente vengono riorganizzati in uno specifico paradigma* di riferimento. Similmente anche il paziente, come già sottolineato da Balint (1957), è solito costruirsi e fornirsi interpretazioni circa la propria malattia, giungendo all’attenzione del medico quando viene superata la soggettiva soglia di sofferenza. Essa viene espressa attraverso “la comunicazione verbale e il comportamento” ed è accolta e recepita dal MMG, sulla base del pro-

² Il contenuto di questo paragrafo è in parte legato ad un intervento del dr. Ernesto Fumagalli durante una riunione di équipe.

prio paradigma* teorico di riferimento. Tutto questo va a costituirsi in uno spazio relazionale, in cui il medico restituisce la diagnosi che verrà a sua volta accolta, come più o meno accettabile dal paziente. Questo processo non è semplice perché non sempre è semplice giungere ad una diagnosi immediata e, contemporaneamente, nella fase di re-attribuzione il paziente potrebbe avere la sensazione di non essere stato compreso. Tale condizione potrebbe verificarsi dal momento che spesso, è anche lo stesso paziente a non avere chiari i propri bisogni e problemi, recitando quella che Balint (1957) definisce “una parte”.

È bene evidenziare come il medico non sia influenzato solo dal paradigma*, ma anche dal contesto istituzionale in cui si dispiega lo spazio della relazione. In medicina generale, il più delle volte, non c'è un'urgenza tecnica, la quale pone, per definizione, in secondo piano i bisogni relazionali; ad esempio, l'urgenza e la gravità sintomatica tipiche di un pronto soccorso pongono, in alcune situazioni, sullo sfondo la dimensione relazionale a favore del “salvare la vita, il soma”. Il MMG al contrario, considerato il contesto in cui opera, non dovrebbe sottrarsi all'imponenza di taluni bisogni. È fondamentale, infatti, come tutti questi elementi (sintomi, bisogni inconsapevoli, comunicazione e comportamento), che vengono presentati dagli assistiti, possano trovare uno spazio di accoglienza; così il MMG, affidandosi alla sua sensibilità clinica, è chiamato a fornire risposte anche ai bisogni che altrimenti rimarrebbero insoddisfatti. A rendere il quadro ulteriormente denso di elementi, riguarda il fatto che gli assistiti nel porre all'attenzione un sintomo, inevitabilmente portano con esso le problematiche sociali, familiari, economiche, oggettive spesso coinvolte nel determinarlo o mantenerlo. Proprio per tali ragioni, l'intervento del medico non dovrebbe essere sempre svolto in solitudine, il seguente caso lo esemplifica.

In ambulatorio si presenta Maria. Ha circa 30 anni e deve far controllare al medico la stecca al dito medio, applicata qualche giorno prima in ospedale. Si tratterebbe ufficialmente di un infortunio sul lavoro (la signora è addetta agli scaffali in un magazzino). Dal suo racconto, molto confuso, pare che il datore di lavoro abbia inizialmente minimizzato l'accaduto, invitando la signora a non andare in ospedale ma il dolore e il gonfiore l'hanno costretta a richiedere aiuto.

I rapporti con il datore di lavoro si sono incrinati ed è molto

probabile che il part time di cui gode, non le verrà rinnovato. Maria è madre single di tre figli di cui uno seguito dal servizio UONPIA con diagnosi di deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD), il secondo pare manifestare problemi di discalculia, mentre la terza figlia va ancora all'asilo e per ora non mostra sintomi. In passato Maria ha subito violenza domestica che le ha causato la rottura del timpano sinistro; ha denunciato il compagno di cui non si sa più nulla dopo il divorzio. Lei è seguita dai servizi sociali del comune. Dalla visita il medico le conferma che la convalescenza dovrà essere lunga, il dito è ancora molto gonfio.

Cosa può fare il MMG per il dito della signora, date le condizioni in cui si trova Maria? L'unica vera cura è il riposo, magari facendo in modo che qualcuno la possa aiutare nella gestione dei figli e della casa. Il MMG da solo non può evidentemente farsi carico del processo, ma se invece fosse all'interno di una équipe multiprofessionale sul territorio in cui l'assistente sociale della signora, la UONPIA dei figli e alcune persone del quartiere fossero riuscite a creare negli anni una vera rete, quali risorse comunitarie - formali e informali - si sarebbero potute attivare oggi?

Vediamo ora come la dimensione psicologica può essere trattata all'interno della medicina generale.

È evidente come buona parte dei MMG percepisca l'esistenza del "fattore psi", seppure siano differenti le modalità adottate per trattarlo. Alcuni, proprio perché lo riconoscono, decidono di non affrontarlo, oppure lo ritengono solo un elemento di "disturbo clinico". Al contrario, assumendo una posizione più attenta e onesta, i medici sono chiamati a fornire una risposta operativa per considerare o recepire la complessità degli elementi che si dispiegano nello spazio relazionale. È lo stesso medico infatti che, rifiutando la complessità, derivante anche dal "fattore psi" rischia di vivere con frustrazione e sofferenza la professione, come ricorda l'articolo di Smith (2001), in cui ci si interroga sull'infelicità della categoria.

Qualora auspicabilmente il MMG diventasse consapevole del "fattore psi", dovrebbe chiedersi se "basta da solo" nella gestione degli aspetti psicologici. A tale domanda è possibile offrire diverse risposte. Affermativamente, sì, ci sono delle situazioni in cui è utile e meno dispendioso l'intervento del medico da solo. In molte altre la

collaborazione con lo psicologo* è più vantaggiosa e il MMG dovrà discernere di volta in volta quale sia la modalità di collaborazione più adatta per rispondere alla complessità del paziente in medicina generale.

Il caso di Mirko e della moglie, presentato nei precedenti paragrafi, ne è un esempio.

3.4 Possibilità di integrazione tra Medicina e Psicologia

Storicamente vi sono state tre possibilità con cui medicina e psicologia hanno dialogato:

a) La consulenza alla medicina tramite la psicologia

Il grande lavoro pionieristico di Michael Balint (1957) andava in questa direzione; organizzando una formazione che durava diversi anni, vi erano incontri settimanali tra medici di famiglia ed esperti di salute mentale (gruppi* Balint) che si riunivano settimanalmente per discutere alcuni casi clinici con evidenti implicazioni psicosociali. Questa strada appare tuttavia oggi poco percorribile per varie ragioni tra cui, ad esempio, la forte limitazione temporale che implica il lavoro del MMG. Inoltre, come ricorda Minervino (1995), si potrebbe intravedere un vizio di fondo da parte degli esperti della sfera psicologica, una premessa discutibile e dagli esiti infausti: «gli esponenti del mondo ‘psi’ risulterebbero doppiamente bravi; una prima volta per aver capito, loro, di che cosa hanno bisogno gli altri (i medici) e una seconda per aver capito come si fa a soddisfare tale bisogno. In tutti i casi i medici vengono individuati come semplici recettori, come categoria descrivibile solo in termini di bisogno e di ignoranza» (p.15).

b) La delega da parte della medicina alla psicologia

Per gestire malattie e aspetti relazionali ad esse connesse che non si riescono a curare tramite il modello biomedico*, il MMG invia il paziente allo psicologo*; questa costituisce la forma di collaborazione attualmente più diffusa ma che deve fare anche i conti con le comprensibili resistenze del paziente. Come ricorda Solano (2010; 2011; 2020) se l’invio ad uno specialista medico viene accettato con maggiore facilità, poiché nella nostra cultura “è normale curare i sintomi fisici”, l’invio allo psicologo* è più complicato. Il paziente si pensa “come matto” e

mentre una consulenza medica viene prescritta, una consulenza psicologica può solo essere necessariamente proposta e richiede un tempo di elaborazione per il paziente. Infine, un ulteriore ostacolo riguarda l'aspetto economico e la durata dell'intervento psicologico.

c) L'integrazione operativa tra medicina e psicologia che offrono contemporaneamente la propria competenza professionale

Entrambe le professionalità, in questa forma di collaborazione, rivedono continuamente i propri modelli diagnostici e di cura per renderli più adeguati alla complessità del paziente. In questo approccio non vi è una separazione, di per sé impossibile, tra malattie organiche e psichiche o tra disturbi di somatizzazione e disturbi somatici: ogni situazione riportata agli operatori implica sempre una componente fisica, emotiva e sociale e la presa in carico, per essere soddisfacente ed efficace, deve prendere sempre in considerazione tutta la complessità. La stessa relazione con gli operatori sanitari è parte integrante e indispensabile della cura, soprattutto nell'assistenza territoriale, e può essere letta ed utilizzata non solo a fini curativi ma anche di promozione delle risorse e della assunzione attiva di responsabilità del soggetto nella gestione del percorso. Tutto questo implica la contemporanea presenza di medico e psicologo* durante la visita ambulatoriale; la sola presenza di due professionalità, che culturalmente operano con metodologie differenti e su oggetti differenti, attiva infatti possibilità integrative inedite tra i due professionisti e nel paziente stesso. Quest'ultimo, infatti, non è più lasciato solo nel ricondurre ad unità ciò che nell'esperienza soggettiva è unico e che la specializzazione sanitaria, da un punto di vista funzionale, ha differenziato. Tale integrazione è perciò più una sfida per gli operatori che per i pazienti. Infatti, i primi devono mettersi in ascolto di una professionalità diversa dalla propria, rivedere le certezze teoriche ed operative, al fine di mettersi al servizio dei bisogni primari portate dagli assistiti. L'esperienza romana, ormai decennale, del gruppo di Solano (2009; 2011; 2020; Tomassoni et al. 2002; Tomassoni & Solano, 2003) va in questa direzione, incoraggiandone il percorso anche ad altri esploratori. Quest'ultima via, quella della integrazione operativa, sembra essere la preferibile perché:

- I bisogni e i sintomi ai quali permetterebbe di rispondere sono molteplici.
- Intercetta tempestivamente il disagio psicologico nelle sue fasi iniziali, specie nei momenti di difficoltà del ciclo di vita.
- I sintomi psicologici possono essere trattati con interventi di bassa o media intensità.
- È un modello che fornisce un miglior trattamento ai MUS.
- Consente la gestione emotiva e relazionale delle patologie somatiche croniche.
- Rientra nel suo focus di intervento anche la gestione degli aspetti emotivi problematici e non della relazione medico-paziente.
- Promuove attivamente stili di vita salutari, di benessere e potenzialità della persona.
- Aiuta ad inserire l'ambulatorio di medicina generale, per come oggi è strutturato, all'interno della rete dei servizi del territorio promuovendo dialoghi e confronti tra i diversi professionisti.
- Previene il burn-out di MMG e psicologo*.

Bibliografia

1. Balint M. (1957), *The Doctor, His Patient and the Illness*, Churchill Livingstone, London, UK, 2000.
2. Bertini M. (2010), *Importanza del linguaggio per il futuro della psicologia della salute*, in "Giornale Italiano di Psicologia", 37,2, pp. 267-292.
3. Canguilhem G. (1966), *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris.
4. Capra F. (1982), *Il punto di svolta: Scienza, società e cultura emergente*, Feltrinelli, Milano.
5. Capua I. (2019), *La salute circolare. Una rivoluzione necessaria*, Egea, Milano.
6. Tomai M. (2002). *Il lavoro di rete come pratica dello psicologo di comunità*, in D. Francescato, M. Tomai, Girelli G., *Fondamenti di psicologia di comunità*, Carocci: Roma, pp 15-30.
7. ISTAT (2018), *Report: La salute mentale nelle varie fasi della vita*, in <https://www.istat.it/it/archivio/219807> (ultimo accesso marzo 2021).
8. Martino A. (2016), *Pratiche di Ricerca-formazione-intervento nel contesto italiano: riflessioni dalle esperienze. Prassi in Salute Globale. Azioni Condivise tra Brasile e Italia, Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale [Research, training and interventions in the Italian context. Practices in global health: Italy and Brazil]*. Santa Ceclie: Rede Unida Editora.
9. Matarazzo, J. D. (1980), *Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology*. *American psychologist*, 35(9), 807.
10. Minervino A. (1995), *Il ruolo terapeutico del medico*, in "Il ruolo terapeutico", 70, pp.14-8.
11. MINISTERO DELLA SALUTE (2016), *Piano nazionale della cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano*

- del 15 Settembre 2016, in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf (ultimo accesso maggio 2021).
12. NHS - National Health System (2007), Improving Access to Psychological Therapies – IAPT, in <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/> (ultimo accesso marzo 2021).
 13. Plochg T., Klazinga N. S., Starfield B. (2009), Transforming medical professionalism to fit changing health needs, in “BMC Medicine”, 7,1, 64. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-64>.
 14. Santinello M., Vieni A. & Lenzi M, (2018), Fondamenti di Psicologia di Comunità, Il Mulino: Bologna.
 15. Smith R. (2001), Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep, BMJ (Clinical research ed.), 322(7294), 1073–1074. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7294.1073>.
 16. Solano et al., (2009), The family physician and the psychologist in the office together: A response to fragmentation, in “Mental Health in Family Medicine”, 6,2, pp. 91-98.
 17. Solano L. (2011), Dal sintomo alla persona. Medico e psicologo insieme per l’assistenza di base, Franco Angeli, Milano.
 18. Solano L. et al., (2010), Medico di famiglia e psicologo insieme nello studio: un nuovo modello gestionale dove il sintomo diventa attivatore di risorse? In “Italian Journal of Primary Care”, 2,2, pp. 93-100.
 19. 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.
 20. Tomassoni M., Iacarella G., Solano L. (2002), Psicologia della salute e medicina di base: una collaborazione proficua, in “Psicologia della Salute”, 1, pp. 121-135.
 21. Tomassoni M., Solano L. (2003), Una base più sicura. Esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi, Franco Angeli, Milano.
 22. WHO (2013), Mental Health Action Plan 2013-2020, in https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2448 (ultimo accesso dicembre 2021).
 23. Zani B., & Palmonari A. (1996), Manuale di psicologia di comunità, il Mulino: Bologna.