

6. Le azioni. Approfondimenti ed esemplificazioni

Claudia Zamin & Attà Negri

6.1 L'équipe

“Chi fa per sé fa per tre” - “l’unione fa la forza” sono due espressioni della saggezza popolare per indicare quanto il tema della collaborazione e della sua riuscita, non sia affatto scontato, come anche confermato dagli studi classici in ambito sociale (Tajfel & Turner, 1979; Williams & Karau, 1991; Brown, 1990).

Certamente saper cooperare in gruppo è tra le abilità umane che hanno garantito alla nostra specie la sopravvivenza. Come sottolinea Ammaniti (2014), l’uomo, rispetto agli altri mammiferi, ha capito che riuscire ad organizzarsi in gruppo, comunicare, condividere intenzioni e compiti, usare strategie e rivederle, lo ha posto in una condizione di vantaggio. In particolare, è stata proprio la *goal corrected partnership*, cioè la cooperazione che si modifica e si corregge a seconda dell’obiettivo da raggiungere, ad aver fatto la differenza. Sempre l’autore ricorda un interessante studio degli anni ‘90 di Dunbar, che ha individuato la correlazione esistente tra lo sviluppo del cervello (soprattutto la neocortex) e l’ampiezza del gruppo a cui l’uomo primitivo apparteneva: più grande era il gruppo, maggiore era lo sviluppo cerebrale. Insomma, dovremmo filogeneticamente ringraziarci l’un l’altro, se siamo diventati quello che siamo ontogeneticamente.

6.1.1 La fase “primitiva”: ridurre le asimmetrie e stabilire partnership

Nel “nostro gruppo primitivo” inizialmente erano presenti cinque psicologi (con quattro orientamenti psicoterapici differenti) e sei medici di cui una pediatra di libera scelta. Sono stati dedicati circa sei mesi alla conoscenza reciproca, al capire cosa aspettarsi da questa avventura ma anche che cosa portarvi al suo interno.

Vi era una asimmetria di base di cui tener conto e da superare il prima possibile: il gruppo di psicologi si conosceva e collaborava già da qualche anno, mentre alcuni MMG si conoscevano solo per nome. Inoltre, un secondo aspetto altrettanto pericoloso riguardava il possibile fraintendimento che ci fosse “il gruppo degli psicologi”, da cui

erano partite le ricerche, che andava dal “gruppo dei medici” con un progetto prestabilito da proporre. Al contrario, c’era un gruppo di ricercatori-clinici che, mosso dai risultati di alcuni studi, poneva in maniera interlocutoria ad un gruppo di esperti sull’argomento i risultati; lo scopo era di capire insieme come poter ottenere qualcosa di utile e co-costruito. In fondo eravamo tutti “esperti”, in quanto portatori di esperienze e saperi professionali diversi, e contemporaneamente neofiti o curiosi.

È stato interessante condividere i differenti racconti delle realtà ambulatoriali di ciascuno: ovviamente l’impatto della dimensione sociale ed economica sulla salute variava dalle zone periferiche a quelle più centrali; i MMG si sentivano oberati di un lavoro che andava ben oltre gli aspetti clinici che occupavano uno “spazio sempre più affaticato”; infine riuscire ad occuparsi degli assistiti in un sistema basato sulla prestazione* come quello lombardo non è sempre facile. Incontrarsi ha permesso di chiarire meglio le motivazioni di ciascuno per giungere alla formulazione di un obiettivo comune che si potrebbe, a posteriori, riassumere come segue:

“siamo qui e investiamo il nostro sabato mattina oppure il giovedì sera, perché desideriamo fare qualcosa di diverso per i cittadini e per noi, qualcosa che ci permetta di aiutare meglio i nostri assistiti e di essere contenti nell’esercizio di questa nuova esperienza. Non sappiamo bene ancora che cosa potrà essere, siamo qui per questo”.

Molto interessante risulta un’altra caratteristica del gruppo “primitivo”: tutti i membri (sia medici sia psicologi) di allora, tranne tre, svolgevano la propria attività in maniera individuale; con il tempo siamo riusciti ad esplicitare la fatica di svolgere professioni, come quella medica e psicologica, sempre in solitudine, situazioni che in alcuni casi è stata anche una scelta convinta. In particolare, due MMG hanno sottolineato di aver rinunciato alla proposta di una medicina di gruppo, perché avevano avuto la sensazione che da parte dei colleghi proponenti vi fosse più l’interesse a tutelare gli aspetti economici rispetto a quelli clinici.

Infine, un’ultima caratteristica riguarda l’età anagrafica: la maggior parte dei MMG si collocava dai cinquant’anni in su, mentre nel caso degli psicologi era praticamente il contrario tranne in un caso. Il sottogruppo, potremmo definire, dei “saggi” aveva esplicitato di

essere interessato a questa avventura perché fortemente motivato e interessato a questa nuova esperienza; mentre gli psicologi erano molto incuriositi dalla possibilità di stabilire una collaborazione che permettesse loro di avvicinarsi alle realtà territoriali. Infatti, solitamente quando un paziente bussa allo studio privato di uno psicoterapeuta presenta almeno due caratteristiche: ha un sintomo forte - o una sofferenza molto elevata - e tendenzialmente può permettersi un costo privato.

Sono proprio questi elementi che hanno permesso di ridurre le asimmetrie iniziali: perché aspettare che una persona giunga a dei livelli di sofferenza così alti? Perché nella nostra realtà milanese, uno psicologo* può essere incontrato solo se “ce lo si può permettere”? Inoltre, cosa accade per quelle persone che vengono inviate dai MMG sia presso i servizi territoriali sia nel privato? A patto che ci vadano, difficilmente i MMG - affermano - di essere riusciti ad avere un confronto con lo psicologo* durante il percorso. E che fare di tutte quelle situazioni dove il vissuto di malattia, fisica o psichica o legata a circostanze di vita, è profondo? Spesso gli assistiti lo manifestano ai propri curanti che si trovano senza mezzi e strumenti per affrontare situazioni che nel tempo divengono sempre più complesse. I risultati di alcune nostre ricerche (si veda, in particolare, i BOX C, D, E) indicavano che il modello dell'invio fosse ancora quello predominante, forse perché il più conosciuto e di cui si è fatta maggiormente esperienza nella clinica quotidiana. Abbiamo così deciso da soggetti non lateralizzati, di cui si parla nell'introduzione del testo, di provare ad abbandonare la strada nota e di sperimentare per qualche mese la copresenza, secondo il modello di Solano. Se alla luce dell'esperienza non fossimo stati convinti avremmo dovuto rivedere, ri-significare e ri-negoziare il nostro lavoro insieme.

Giunti a questo punto motivazioni personali, la mancata sintonizzazione rispetto alle decisioni verso cui stava andando il gruppo o entrambi gli aspetti hanno spinto tre operatori (un MMG, la pediatra e lo psicologo* senior) ad abbandonare il gruppo.

Come indicato da Zani e Palmonari (1996), si erano create le condizioni irrinunciabili perché una équipe potesse funzionare, dotandoci di:

- una struttura non burocratica e una gerarchia non formale
- disponibilità delle persone ad ascoltarsi, a prendere in considerazione punti di vista differenti dal proprio, così come anche gli

scopi e a discutere razionalmente

- un background formativo ampio di competenze specifiche ma anche con l'apertura ad inquadrare tutto questo in un progetto di lavoro complessivo.

Si era così creata una squadra dove le gerarchie di potere che si verificano fisiologicamente nei gruppi, sono state gestite, se non addirittura quasi silenziate, dalle gerarchie di obiettivi, cercando di verificare se:

- MMG e psicologo* possono lavorare insieme
- Come? Vogliamo provare la copresenza anche se nessuno di noi l'ha sperimentata?
- Siamo d'accordo sulla gratuità della copresenza?
- Cosa facciamo se sorgono esigenze di consultazione* psicologica?
- Quale sarà il setting e il costo calmierato?
- Nessuno è qui a fare il consulente di nessuno, le scelte vengono condivise tra noi.

L'uscita dei tre colleghi, probabilmente non è stata solo una scelta ma una risposta in funzione delle scelte condivise dal gruppo in cui questi membri non si sono più riconosciuti.

La gerarchia di obiettivi implica l'esistenza di una funzione di coordinamento, che rimane fondamentale proprio nel garantire le condizioni precedenti. Essa dovrebbe essere affidata a rotazione oppure, nel caso di grandi gruppi, a più persone. Come ricorda Tomai (2002), quando più operatori si incontrano, il buon funzionamento del loro operato è rintracciabile in elementi come la creazione di una cultura condivisa, in un coordinamento efficace, in pratiche operative riconosciute dai diversi partecipanti e nella stima reciproca. Mentre tra gli elementi da monitorare rientrano appunto il potere, lo status, le competenze e la mancanza di fiducia tra i membri. Una volta che l'équipe si è stabilizzata, gli ultimi incontri, prima dell'avvio della fase pilota (tre mesi), sono stati dedicati alla gestione di aspetti molto pratici di setting (come illustrato nel capitolo precedente), ad esempio:

- Concordare cosa scrivere nel foglio da appendere nella sala d'attesa del MMG.
- Concordare l'utilizzo o meno del camice.
- Concordare dove si siede lo psicologo*.
- Concordare se nella copresenza vengono invitati i pazienti che a parere del MMG possono beneficiare anche della presenza

dello psicologo* oppure *random*.

A questo punto, a rotazione gli psicologi sono stati presso i diversi ambulatori: il gruppo ha deciso di continuare il lavoro stabilizzandolo con coppie fisse di MMG - psicologo* sulla base di elementi pratici, come la vicinanza geografica ma anche l'affinità relazionale. La scelta definitiva del gruppo è stata dunque quella di una collaborazione che andasse oltre la logica usuale dell'invio.

6.1.2 La fase "evolutiva": ridurre la distanza professionale e promuovere metacompetenze

Si è aperta così una nuova fase per l'équipe, relativa alla riduzione delle distanze tra le proprie posizioni professionali e l'attivazione del processo sulle metacompetenze. Veniamo al primo punto, di cui in parte si è già accennato nella sezione teorica del testo, aggiungendo ulteriori elementi.

Come suggeriscono Belluto et al, (2020), quando operatori diversi costituiscono un team, quello che si crea inizialmente è una sorta di disorientamento, un'uscita dalle proprie "comfort zone". Queste sono date dalla conoscenza del proprio ambito disciplinare per giungere alla costruzione di uno spazio comune che evidentemente è uno spazio di pensiero, una armonia di linguaggi che prende forma dalle prassi per ritornare in esse, sostanziandole in un'ottica ricorsiva.

Lo strumento che l'équipe ha scelto per raggiungere questo obiettivo è stata l'analisi delle situazioni cliniche che ciascuna coppia incontrava negli ambulatori; inizialmente facendo scrivere uno stesso caso dai due operatori separatamente; con il tempo, una volta che le distanze si sono notevolmente ridotte, questa esigenza è venuta spontaneamente a mancare. Il confronto sui casi avveniva senza gli scritti preliminari, ma verbalmente si raccontava insieme quanto emerso o, addirittura in alcune situazioni dove all'ultimo momento uno dei due non poteva presenziare all'équipe, si decideva di discutere lo stesso il caso, perché "tanto c'era l'altro". Questo certamente non per sminuire l'individualità o il valore di ciascuno, ma proprio a sottolineare che quando si raggiungono certi livelli di sintonizzazione professionale, si apprende così tanto a decentrarsi cognitivamente dal proprio punto di vista per considerare quello dell'altro, che talvolta è possibile riportare gli elementi salienti, pensando a cosa direbbe l'altro, conoscendolo, se fosse lì. Ovviamente decen-

trarsi cognitivamente non significa essere sempre in accordo con l'altro, quanto piuttosto riuscire a "tenere insieme" nella complessità i punti di vista differenti, legittimarli nella loro espressione e riuscire a tenerne conto il più possibile nella prassi con l'assistito.

Che cosa vuol dire essere un medico di medicina generale o uno psicologo*? È più facile ad osservarsi che a dirsi. La cosiddetta "socializzazione delle conoscenze" non è avvenuta tramite uno scambio di informazioni didattico durante le équipe: "lo psicologo* dice così... e il medico visita così", ma tramite lo scambio delle interazioni e le riflessioni svolte in équipe.

Evidentemente è un processo che richiede tempo e inizia proprio dall'apprendere osservando sé e l'altro, nelle azioni, nei gesti, nelle parole con gli assistiti e anche con ciò che non viene immediatamente condiviso durante le visite con gli stessi pazienti ma che rimane in uno spazio di pensiero prima individuale per venire in un secondo momento condiviso.

Inizialmente, entrambi gli operatori tendono ad essere niente altro che due persone nella stessa stanza. Essi talvolta non sanno bene né come, né quando coinvolgersi e coinvolgere o, addirittura in molti casi, a comportarsi come se l'altro operatore non ci fosse. Non è di certo mancanza di educazione o scarsa collaborazione, quanto piuttosto la fatica di uscire dalla dimensione mono professionale in cui tutti, purtroppo ci siamo formati.

Il seguente caso, trascritto dal medico lo esemplifica:

Monica è una assistita di 50 anni, sposata, con tre figli. Ingegnere. La signora entra nello studio. Scambio di saluti. *Lo psicologo si presenta.* La signora stringe la mano, non appare disturbata dalla presenza di un secondo interlocutore.

Apro (medico) la consultazione come di consueto: "Cosa succede?" Dice di avere ancora un dolore fastidioso alla pianta del piede. Dura da alcuni mesi e le cure prescritte in precedenza le hanno dato scarso giovamento (onde d'urto e farmaci). Ha consultato anche un podologo che le ha confezionato una soletta, ma dopo averla usata pochi giorni ha avuto un peggioramento. Tono ed atteggiamento della signora esprimono sofferenza, sconforto, irritazione. Le chiedo di descrivermi ancora le caratteristiche del disturbo. Parla del dolore e mi mostra la soletta con partecipazione emotiva molto intensa, sottolineando la sua persistenza e la scarsa efficacia dei provvedimenti che le sono stati proposti.

Visito il piede.

Si ritorna seduti alla scrivania. Discuto con la signora la diagnosi e i possibili motivi di un decorso prolungato. In questa fase emerge che quello che disturba di più non sia il dolore in sé, ma piuttosto le limitazioni e le rinunce che stanno determinando la sua vita di ogni giorno.

Lo psicologo chiede alla signora se possa descrivere meglio il disagio che prova. La signora accetta di rispondere.

La postura della signora cambia e nello spazio comunicazionale ora considera anche lo psicologo*. Il contenuto della comunicazione muta e si orienta agli aspetti psicologici della sua sofferenza. La paziente ha un tono più rilassato.

Molta parte della visita è stata vissuta da tutti come se fosse la “solita” visita tra il MMG e Monica. Lo psicologo* si presenta educatamente e rimane silenzioso. Il dialogo che intercorre tra il MMG e la signora è connotato da molti termini di natura medico/sanitaria da parte di entrambi: “cure prescritte in precedenza” sconforto per l’insuccesso delle soluzioni intraprese (onde d’urto, farmaci, podologo e soletta) mentre il medico prosegue il discorso discutendo la diagnosi. La signora manifesta apertamente il proprio dolore fisico (e psichico) e il MMG lo coglie molto bene: “Tono ed atteggiamento della signora esprimono sofferenza, sconforto, irritazione”; tuttavia non lo prende in considerazione, sembra più coinvolto nella formulazione della diagnosi. La conversazione assume finalmente una svolta grazie alla signora che manifesta con ardore il peso delle limitazioni che la situazione comporta, che a questo punto la fanno soffrire tanto quanto il piede. Solo a quel punto lo psicologo* decide finalmente di intervenire, invitandola a raccontare in maniera più profonda il disagio. Probabilmente se lo psicologo* fosse intervenuto prima, e in maniera più coordinata con il medico, o il MMG avesse coinvolto attivamente lo psicologo*, l’incontro avrebbe assunto un andamento differente sin dall’inizio. Si noti che, a detta del medico, l’interazione e gli scambi non verbali cambiano molto quando nella conversazione rientra anche lo psicologo*; tuttavia anche nel caso di Monica, come per Anna (la signora con lutto patologico esposto nel primo capitolo), i due operatori ancora agli albori del progetto, faticano comprensibilmente a creare uno spazio relazionale e di conversazione che contempi tutte le persone

presenti, uno spazio in cui elementi di livelli differenti (dolore fisico e sofferenza emotiva) possano collocarsi insieme aiutando a ri-significare il motivo della visita.

Quando le distanze professionali si ridimensionano, allora è possibile iniziare a vedere l'emergere anche di un altro fenomeno: le metacompetenze.

Con questo processo non si fa riferimento semplicemente all'acquisizione di alcune competenze dell'altro ma ad un processo differente, ovvero si creano dei nuovi saperi che non appartengono più a nessun professionista in particolare ma divengono patrimonio collettivo (Belluto et al, 2020). Evidentemente sarà sempre il medico a misurare la pressione e non di certo lo psicologo*, di contro, sarà quest'ultimo ad intuire l'opportunità o l'inadeguatezza di alcune domande più intime o strategiche. Certo è che entrambi gli operatori hanno iniziato ad avviare dei processi cognitivi che tengono conto di entrambi i saperi professionali, e sono talmente sintonizzati che in alcune situazioni è sorprendente constatare che un operatore intuisca e comprenda che cosa farà o dirà l'altro.

Concludiamo riportando il dialogo tra un medico e una psicologa dopo quattro anni di lavoro insieme:

Medico: fra poco vedremo una mia assistita storica, viene di rado. È appena andata in pensione, è una educatrice. Da qualche mese sono riapparsi alcuni sintomi che le ricordano quando da piccola soffriva di quelle che venivano chiamate "febbri reumatiche". Oggi sente degli strani dolori nelle gambe, è molto spaventata; il corpo sembra ricordarle quel periodo. Le ho chiesto se fossero cambiate altre cose nella sua vita, oltre a quelle raccontate e mi dice, senza darci troppo peso, che si sta occupando di un trasloco che determinerà il cambio della città in cui è nata e cresciuta. Quindi come vedi ci sono un sacco di elementi interessanti, vediamo cosa altro emerge visitandola.

Psicologa: caspita! Ma allora dopo io sto zitta e vai avanti tu, sei diventato bravissimo, lo psicologo* quasi non serve più...

Medico: neanche per idea, sono più sgamato a cogliere ed intercettare molti aspetti, a fare una lettura del quadro sicuramente più complessa, e a dare alcuni rimandi. Ma poi mica li posso trattare come uno psicologo*.

6.2 La visita ambulatoriale

La visita solo con il proprio medico curante è, e rimane, un asse portante della collaborazione tra MMG e psicologo* sia da un punto di vista clinico sia per il monte ore che ricopre nell'agenda settimanale. Ovviamente è un momento unico e prezioso in cui il MMG è chiamato ad ascoltare, osservare, "visitare" - toccare il corpo del paziente. Lo scopo è inserire i sintomi riferiti e i segni riscontrati all'interno di un quadro clinico per formulare una diagnosi, richiedere ulteriori accertamenti o impostare una terapia. La visita nell'Assistenza Primaria è inoltre fondamentale nella costruzione del particolare rapporto paziente - medico che si viene a formare proprio attraverso una conoscenza reciproca che si costituisce a strati durante diverse visite.

I MMG che hanno fatto esperienza di un approccio integrato hanno sottolineato alcuni cambiamenti durante le visite:

*A. Interventi maggiormente orientati verso una visione biopsicosociale**

Pur adottando già in precedenza un approccio centrato sulla persona, i MMG hanno rilevato una maggiore *capacità nel formulare interventi più mirati* che tengano conto del triplice asse bio-psico-sociale. Inoltre, potersi confrontare regolarmente con lo psicologo*, nel proprio ambulatorio e di cui si ha fiducia, li aiuta ad essere più sensibili nell'intercettare, far emergere, ascoltare le richieste esplicite ed implicite, formandosi una immagine più complessa (non complicata!) dei loro pazienti:

“Una volta soddisfatti i bisogni primari di salute o i motivi per cui il paziente si rivolgeva a me lo accomiavo educatamente senza chiedere altro. Così è arrivato lo psicologo con la sua esperienza diversa dalla mia e mi sono chiesta in che modo potevamo collaborare. Non nascondo qualche timore o perplessità. Posso dire che questa esperienza ha cambiato il mio comportamento, mi ha insegnato, durante le mie visite, a dare più spazio all'ascolto delle problematiche che la persona che abbiamo di fronte ci pone” (Dr.ssa Silvana Torneo).

B. Ritorno al futuro

I MMG, oltre che con i pazienti, riconoscono in sé stessi un cambiamento che in realtà li ha portati *a ri-scoprire le origini della propria professione* come ha affermato uno di loro, una sorta di “ritorno

al futuro”:

“Insomma, per me è stata ed è tuttora in itinere una nuova intensa esperienza professionale, che mi ha fatto riscoprire la vera essenza del nostro lavoro, anche e soprattutto nei momenti in cui la psicologa non è presente, sperimentando ogni giorno la difficoltà ma anche la sfida che il paziente come Individuo rappresenta per noi MMG” (Dr. Ivan Cavaleri).

C. Differente sguardo sulla sofferenza e sulla malattia organica

“Sono migliorata nel mio rapporto con le persone e nell’affrontare diversamente le difficoltà di approccio in rapporto a malattie anche gravi. Ho avuto modo di capire meglio che spesso la malattia fisica è correlata a un forte disagio psicologico o ha effetti su un piano psicologico che prima trascuravo. Ho capito che concedere qualche minuto in più all’ascolto del paziente può già essere una prima cura. Il cambiamento per me sta proprio nella capacità di ascoltare l’altro e di essere più disponibile nel gestire importanti situazioni a cui dopo tanti anni di conoscenza sono affezionata. A volte basta poco, un sorriso o una parola o una benevola stretta di mano. Comincio a notare che sempre più spesso i pazienti ti dicono: grazie di cuore” (Dr.ssa Silvana Torneo).

D. Una presenza invisibile

La collaborazione tra i due professionisti ha i suoi effetti anche quando entrambi operano individualmente (o nelle visite mediche o nelle consultazioni psicologiche):

“Attualmente mi rendo conto che il mio approccio al paziente è più articolato, più empatico, e talvolta mi sorprendo a usare tecniche di comportamento “assorbite” grazie alla presenza della psicologa quali, un ascolto più assertivo (e più prolungato) dei bisogni del paziente, una adeguata, “camaleontica” modulazione vocale e un uso calibrato delle pause (sia in fase di ascolto che di risposta), una postura che varia a seconda delle problematiche esposte e dalla importanza attribuita dall’interlocutore, una maggiore attenzione al non detto e alle aspettative del soggetto. Credo di non avere mai dato il meglio di me come professionista come in questo periodo, non solo sul piano strettamente clinico, ma soprattutto comportamentale. Certo la presenza del Tirocinante (in MMG) mi stimola a dare il meglio sotto il profilo

tecnico, ma indubbiamente da mesi subisco l'influsso, direi che respiro l'atmosfera che permane nello studio da quando abbiamo cominciato questa avventura... e percepisco nettamente che i pazienti apprezzano il loro nuovo medico. Non sono facile agli entusiasmi, ma credo che, ora che il meccanismo è ben oliato, mi manca la presenza dello psicologo* quando non c'è... e manca anche al Tirocinante... insieme abbiamo raggiunto una bella intesa, ed è stimolante cercare di capire o di anticipare a vicenda una riflessione, un consiglio, quando da un paziente emerge un disagio di qualunque natura" (Dr. Ivan Cavaleri).

Ovviamente è lecito chiedersi quanto tutto questo possa far dilatare i tempi di una visita e complicare un *setting* che già di per sé presenta moltissime variabili da gestire in un tempo circoscritto. Sicuramente in una fase iniziale di "rodaggio", si potrebbe chiamare così, il tempo della visita si dilata; tuttavia, quando l'esperienza è consolidata vi è ovviamente un netto guadagno. Si è più sensibili nel cogliere immediatamente dei segnali, i pazienti stessi acquisiscono col tempo una maggiore facilità e confidenza nel parlare di aspetti che vadano oltre il sintomo corporeo di per sé, nell'esprimere dei pensieri che prima sarebbero rimasti taciuti. Infine, l'acquisizione di una ulteriore sensibilità nel MMG dovrebbe evitare, o circoscrivere, la manifestazione talvolta esagerata di alcuni sintomi e disagi che in precedenza avrebbero alimentato circoli viziosi. Ciò significa, al contrario, che nel tempo innescandosi circoli virtuosi di ascolto reciproco è possibile favorire negli assistiti:

- 1) L'esercizio di un uso più consapevole degli accessi all'ambulatorio del proprio medico che, quindi, lavorerà meno sulla quantità di richieste e avrà un tempo diverso da dedicare ai pazienti che necessitano realmente di una visita.
- 2) Una riduzione di richieste improprie per esami e indagini strumentali.

Se si dovesse usare una metafora automobilistica, si potrebbe affermare che questa esperienza è simile ad un motore diesel: inizialmente sembra di fare più fatica ma poi il viaggio prosegue in modo spedito e confortevole.

6.3 La copresenza

Questo spazio, insieme agli interventi con i gruppi, è quello in cui emerge chiaramente la sinergia della coppia MMG-psicologo*. Di seguito vi sono alcuni elementi che contraddistinguono questo intervento, rispetto ad altri, e con cui è opportuno sapersi orientare nella copresenza.

6.3.1 Attori dell'interazione

La situazione relazionale è tipicamente triadica o più numerosa, se presenti anche i familiari oltre al paziente.

6.3.2 Criticità da gestire

A. Presentazione – autopresentazione dello psicologo*.

Dovrebbe sempre avvenire nonostante “l’irruenza” e l’urgenza dei pazienti che teoricamente, pur sapendo della presenza dello psicologo* (grazie al cartello in sala d’attesa) si recano dal medico per un sintomo/problema spesso di natura “organica”.

Esempio di intervento

[approfittando di un attimo di silenzio]

“Buongiorno, io sono il dr./dr.ssa... come avrà visto dal foglio appeso fuori sono uno psicologo; insieme al medico, e ad altri colleghi, stiamo facendo un progetto che prevede la copresenza di MMG e psicologo* in questo giorno della settimana. Quindi, se le fa piacere, ascolterei volentieri, insieme al suo medico, quello che oggi la porta qui”.*

Ovviamente un’altra possibilità è che sia il medico stesso a presentare lo psicologo*.

Esempio di intervento

“Bene, ora che abbiamo visto i suoi esami e che abbiamo trovato la terapia giusta per la sua pressione, vorrei approfittare della presenza di questa dr.ssa perché possa raccontare anche a lei cosa sta succedendo. È una psicologa che è qui con me tutti i lunedì...”

B. Saper gestire la conversazione triadica

Una volta fatte le presentazioni, il problema per lo psicologo* è come inserirsi nella conversazione per farla passare da diadica a triadica. Soprattutto all’inizio, i pazienti tendono ad interloquire in maniera quasi unidirezionale con il proprio MMG.

Inoltre, lo psicologo* non conosce, al pari del medico, la storia cli-

nica, per questo è sempre utile avere un “terzo occhio” sul monitor del MMG in cui è possibile cogliere alcuni dati.

Esempi intervento:

[Rivolgendosi direttamente al paziente]

“Mi scusi, se posso chiedere ma io non conosco così bene, come il medico, la sua situazione. Mi chiedevo se può spiegare anche a me cosa intende dire che questa “brutta” tosse, ormai quasi passata e con le lastre negative, la preoccupa così tanto”.

Rivolgendosi al medico, in modo interlocutorio, con il duplice obiettivo di inserirsi nella conversazione e dar voce al paziente.

“Scusa, non riesco a capire bene... la signora aveva una “brutta tosse”, ha preso l’antibiotico e gli hai fatto fare una lastra a distanza di tempo che è risultata negativa. Quindi dal tuo punto di vista la situazione è risolta, anche se c’è ancora qualche colpetto ma nulla di cui preoccuparsi... eppure signora... lei mi sembra ancora spaventata... o sbaglio”?

Oppure:

“Signora, lei cosa ne pensa di questa brutta tosse? I bronchi e le lastre, come ci dice il medico, sono a posto...”

Il medico stesso può favorire la comunicazione triadica:

“Questa è la signora Rossi, da qualche tempo lamenta una brutta tosse, vero? (rivolgendosi alla paziente). Le ho dovuto prescrivere un antibiotico meno di un mese fa, la tosse persisteva e i bronchi non erano puliti, così abbiamo fatto anche una lastra che è risultata negativa. Poi abbiamo cambiato molecola, ora va meglio anche se è rimasta ancora un pochino di tosse ma nulla di preoccupante. Solo che... Signora vorrebbe spiegare meglio lei che cosa c’è che non va?”

C. Offrire nuove letture del malessere: inserire i sintomi riferiti all’interno del ciclo di vita.

La presenza dello psicologo* attiva sempre nel paziente la possibilità di raccontarsi, dire delle cose spesso taciute, anche involontariamente, a sé e agli altri, ma rimane sempre e solo al paziente la scelta di utilizzare la copresenza come uno spazio di possibilità. Questo incontro può essere un’occasione per “propor-si” una diversa lettura del proprio malessere, ricollegandolo ad eventi di vita o a situazioni contingenti di difficoltà psico-sociale. Talvolta basta una breve

richiesta di approfondimento dello psicologo*, che poco conosce il paziente, perché questi faccia riferimento ad eventi di vita attuali o passati, descrivendo dettagli non sempre noti allo stesso medico, che pure lo conosce da anni. In alcune situazioni, piuttosto sporadiche, può manifestarsi la difficoltà verso un'apertura diversa nella gestione dei propri problemi (Tab. 6.1).

| |
|---|
| Assistito: donna, 70 anni, pensionata (ex impiegata). |
| Situazione familiare: vedova da molti anni, senza figli. Da qualche anno convive con un compagno che soffre di una grave cardiopatia da circa dieci mesi. |
| Motivo esplicito della visita al MMG Da diverse settimane si sente “le gambe cedere e la sensazione di non stare in piedi”. In due occasioni si è sentita “venir meno” in contesti extra-abitativi. Ha effettuato esami ematochimici e strumentali che escludono patologie rilevanti. |
| Elementi emersi in Copresenza La signora giunge per la prima volta in copresenza, lamentando una faticosa e persistente sensazione di non stare in piedi, è timorosa ad uscire di casa e preoccupata. Gli esami recenti risultano nella norma; domanda se possa essere utile assumere integratori o fare fisioterapia per “rinforzarsi”. Lo psicologo*, che non conosce la storia clinica della signora, le chiede da quanto tempo sussistano queste sensazioni. La paziente racconta che sono iniziate da qualche mese e non se le sa spiegare. Alla richiesta di che tipo di vita stia conducendo e di cosa sia accaduto negli ultimi tempi, la signora accenna ad una recente grave cardiopatia che affligge il compagno, lamentando come per la prima volta senta sulle proprie spalle tutto il peso e la fatica della vita e dell'assistenza. Ad un cenno di comprensione da parte del medico e dello psicologo*, che sottolinea come ci si possa sentirsi preoccupati per la malattia del proprio compagno, la signora risponde raccontando del suicidio del marito, avvenuto qualche decennio addietro, e di come si fosse sentita allora, come ora, senza un punto di riferimento e senza sostegno. La visita si protrae per un tempo più lungo del previsto e si conclude con un senso di sollievo da parte della signora, che non reputa più così determinante la prescrizione di integratori né di fisioterapia. |
| Note importanti La paziente ha raccontato per la prima volta una serie di dettagli relativi all'episodio suicidario del marito ed è riuscita a mettere in connessione il suo malessere fisico con una difficoltà emotiva attuale che ne riattivava una di vecchia data. |
| Numero di volte successivamente rivisto in copresenza: 0 |

Tabella 6.1 Esempio di caso: lettura “differente” del proprio malessere

D. Indisposizione verso “nuove letture” e dunque verso lo psicologo*
 Gli assistiti possono manifestare la loro indisponibilità nell’aprirsi a nuovi significati adottando modalità differenti.

Nella maggior parte dei casi, ad esempio, manifestano *indirettamente* un rifiuto, utilizzando esclusivamente una interazione bidirezionale con il medico. Il contatto oculare è fisso su di lui, il contenuto della conversazione è strettamente ancorato ai sintomi fisici e alle terapie farmacologiche. In questi casi, è bene ricordarsi che del “buon tacere non fu mai scritto” e rimanere così in silenzio. Si tratta di casi in cui la presenza dello psicologo* molto probabilmente attiva nel paziente l’intuizione che i problemi per cui sta chiedendo aiuto in quel momento, forse, possono anche essere legati ad altro, un livello di cui in questo momento della vita non vuole o non può prendere ancora in considerazione.

Talvolta si osserva una disponibilità conflittuale, che si esprime attraverso un accennare a problematiche più personali come fonte di malessere, seguito poi da un atteggiamento di pseudo negazione o comunque da una difficoltà a sostare e sostenere la conversazione triadica. Inoltre, il fatto che il MMG conosca da diverso tempo i pazienti e le loro storie familiari influenza il contenuto e il modo di raccontarsi degli assistiti.

Ad esempio, dopo una copresenza, un paziente ha successivamente richiesto uno spazio individuale con il MMG quasi a “scusarsi” della brutta immagine dei figli mostrata in copresenza e mai emersa durante le sole visite. In questa situazione, discussa poi in riunione, l’équipe ha concluso che fosse opportuno che il medico stesso rassicurasse il paziente: la sua opinione sui figli non era di certo cambiata ma forse era altrettanto importante e possibile parlare durante le visite, solo con il proprio medico, delle proprie fatiche e difficoltà relative a questo momento di vita, difficoltà che probabilmente avrebbero potuto incidere sullo stato di salute che lo aveva spinto a recarsi dal medico.

Infine, il dissenso del paziente verso la figura dello psicologo* può anche manifestarsi in modo *esplicito*. Durante quattro anni di attività solo due pazienti hanno chiesto di essere visitati senza lo psicologo*; tuttavia, il primo è tornato la volta successiva in copresenza e ha chiesto una consultazione* psicologica mentre il secondo ha successivamente ricusato il MMG (si è scoperto che tale assistito era solito “provare” i vari MMG della zona).

6.3.3 Tipologia di incontro: situazioni “a tappeto” e dirottate

La copresenza è rivolta a tutti i pazienti che accedono all’ambulatorio in un determinato giorno e fascia oraria; in alcuni casi, ritenuti sensibili dal MMG, l’appuntamento con certi assistiti può essere più o meno “dirottato” proprio il giorno della copresenza. Oppure il paziente giunge in copresenza dopo aver effettuato una visita con il MMG e in cui entrambi hanno concordato l’utilità di un incontro a tre. In quest’ultimo caso, è opportuno che vi sia stato un *briefing* tra i due operatori.

Esempi di intervento

A cura del MMG

Rivolgendosi al paziente: “salve questa è la dr.ssa di cui le parlavo, ho già accennato qualcosa ma vorrei che ci dicesse con parole sue quello che sta succedendo”.

Oppure

Rivolgendosi allo psicoterapeuta: “questa è la signora di cui ti accennavo, le ho fatto fare degli esami che sono risultati tutto sommato buoni, assume la terapia per il diabete da anni ed è compensata; tuttavia, mi riferisce continue difficoltà di insonnia e l’altra volta mi accennava di suo figlio...”.*

*A cura dello psicologo**

“Buona sera mi presento, sono il dr. xx, il suo medico mi ha accennato qualcosa in merito ad un momento un po’ faticoso, al fatto che sta facendo diversi esami, se vuole oggi siamo qui tutti e tre insieme per provare a capire meglio cosa sta succedendo”.

In contesti di questo tipo, in cui il paziente viene “dirottato” in copresenza, spesso la sola presenza dello psicologo*, elemento nuovo all’interno della diade medico-paziente, crea la possibilità legittimare il proprio sintomo - problema. Il paziente si sente autorizzato a parlarne in modo diverso da come usualmente accade con solo il medico, fornendo nuovi dettagli e talvolta descrivendo il tutto da una diversa e più ampia prospettiva.

6.3.4 Livello di contenuto e livello di relazione

È compito soprattutto dello psicologo* sostare su più livelli della conversazione. In particolare, l’orecchio dovrebbe essere teso ai sintomi - problemi, tanto organici quanto psicologici, ma anche alla

posizione che il paziente assume, e fa assumere, agli interlocutori durante la narrazione.

Ad esempio, spetta *in primis* allo psicologo* cogliere che una persona afflitta da carcinoma possa avere la sensazione di “essere un peso” per tutti quanti, anche per il proprio medico, al punto da venire poco in ambulatorio, “disturbarlo” il meno possibile e chiedendo lo stretto necessario. Molto probabilmente questo vissuto è legato ad un certo modo di porsi all’interno delle relazioni in generale, di conseguenza anche con il curante. Ma è proprio per questo che tutte le volte che esce dall’ambulatorio ha la sensazione che il suo medico sia freddo e distaccato.

Interrogarsi sulla posizione che il paziente assume, e fa assumere, nella relazione diviene importante per farsi un’idea iniziale circa il funzionamento psicologico della persona ma anche per comprendere che cosa stia chiedendo ai curanti, quale aspettativa ripone nei loro confronti, alle terapie proposte, alla *compliance*, dunque alla possibilità di un maggiore benessere.

6.3.5 La relazione tra medico e psicologo: effetti sugli assistiti*

I pazienti che giungono in ambulatorio prima di tutto hanno costruito nel tempo una relazione di fiducia con il proprio medico, se così non fosse eserciterebbero il diritto di revoca. Il fatto che il proprio dottore, di cui si presuppone dunque la fiducia, ospiti nell’ambulatorio uno psicologo* con cui effettua settimanalmente delle visite congiunte permette al paziente di “toccare con mano” attraverso tutti i canali, verbali e non verbali, la fiducia e la stima tra i due professionisti. Questo diviene un forte incoraggiamento ad accostarsi concretamente verso un approccio di cura e di prevenzione* in cui la frattura tra psiche e soma viene a ricomporsi.

6.3.6 Copresenza e pandemia: l’integrazione ai tempi del COVID-19

L’esperienza Medico&PsicologoInsieme era già avviata quando è comparsa l’emergenza sanitaria legata al COVID-19; durante la prima ondata che ha colto tutti impreparati, il lavoro ha subito delle modifiche ma la collaborazione non si è mai interrotta. I cambiamenti principali, e le iniziative implementate, si sono basate sui seguenti punti:

- Proposta di un ascolto gratuito online o telefonico (gratuito) a chi, degli assistiti dell’ambulatorio del medico, fosse interessato;

non potendo fisicamente attuare la copresenza nell'ambulatorio ed essendosi ridotto il numero di pazienti in studio, questa è stata la modalità più funzionale per dare continuità al progetto ed alla sinergia tra i due professionisti.

- Avviso, tramite mailing list e informazione direttamente espressa dal medico ad ogni paziente con cui entrava in contatto, dell'iniziativa di cui sopra. Si precisava che l'iniziativa sarebbe rimasta attiva durante tutto il periodo emergenziale, con la possibilità di trattare qualsiasi tematica, non quindi specificatamente diretta al Covid-19.
- Progetto chiamato #IoRestoACasa&Scrivo: tutti gli assistiti dell'ambulatorio hanno ricevuto via mail o cellulare un link relativo ad un sito internet, realizzato ad hoc, in cui si spiegavano i benefici della "scrittura espressiva" * (Pennebaker & Beall, 1986) e li si invitava a farne uso fornendo indicazioni precise. Il fine dell'iniziativa era duplice: in primis, fornire ai pazienti la possibilità di utilizzare uno strumento semplice e funzionale per poter avere dei benefici psicologici e fisici; la letteratura sottolinea infatti come la scrittura espressiva* generi dei miglioramenti positivi anche sul secondo versante (Pennebaker, 1997). In seconda battuta, raccogliere dati ed esperienze narrate delle implicazioni psicologiche e fisiche del Covid-19, dando allo stesso tempo continuità al progetto (si veda il BOX F nel quarto capitolo).
- Appena è stato possibile, i diversi ambulatori si sono organizzati per riprendere le attività precedenti.

6.3.7 Obiettivi della copresenza

Gli obiettivi che si possono perseguire durante la copresenza sono molteplici:

- Occasione per tutti, assistiti – medico e psicoterapeuta*, di porsi delle domande anche di natura psicologico/esistenziale sottese alla richiesta di natura medica. In altre parole, ricomporre l'unitarietà corpo – mente nell'Assistenza Primaria.
- Riflettere insieme al MMG sulla relazione con i pazienti e sulle dimensioni implicite da riconoscere per accogliere tutti gli assistiti e, in particolare, quelli più "difficili".
- Re-interrogarsi, da parte del MMG, sulla propria visione del paziente e sulle modalità di risposta/cura offerte.
- Rendere accessibile, prossimo ed immediato anche un interven-

to di tipo psicologico grazie anche alla sola copresenza, regolare e riconoscibile, da parte di tutti i pazienti.

- Intercettare situazioni “al limite” che potrebbero beneficiare di uno spazio di approfondimento di consultazione* individuale prima di un peggioramento e di una cura molto più lunga e costosa.
- Offrire la possibilità al paziente di considerare la componente emotiva - psicologica come parte integrante del benessere.
- Al termine della copresenza “la triade” dovrebbe congedarsi con una maggiore “curiosità” rispetto al problema di cui si è parlato. Ciascuno dovrebbe aver colto che il sintomo - problema, qualunque esso sia, potrebbe assumere una maggiore comprensione se inserito nel momento di vita attuale della persona, nelle relazioni affettive significative e in base ad eventi più o meno recenti che possono aver minato un equilibrio pregresso. È importante sottolineare sempre, insieme alle criticità, anche le risorse che la persona possiede.

Come afferma Semi (1985), il paziente dovrebbe uscire con la sensazione di aver ricevuto molto di più rispetto a quello che ha dato.

6.3.8 Esiti della copresenza

1) Risoluzione del problema

Il paziente esce dall'ambulatorio portando con sé qualcosa di “sufficientemente buono” rispetto al motivo per cui era venuto in copresenza, ed eventualmente, torna ancora qualche volta per “mantenimento”. Alcune situazioni “tipiche” in cui questo è avvenuto sono state:

- Pazienti giovani (18-25 aa) che stanno affrontando una crisi studio/lavoro: in questo caso l'intervento è servito a rilanciare un normale processo di vita che era entrato in stallo (Tab. 6.2).
- Pazienti i cui sintomi (fisici o psichici) sono insorti in tempi relativamente recenti - 6 mesi massimo 1 anno – (Tab. 6.3).
- Pazienti che in copresenza hanno rivelato dati sanitari importanti prima ignoti al medico (Tab. 6.4).
- Pazienti che necessitano un confronto su alcuni temi (esempio omosessualità o divorzio) e su come gestire le relazioni familiari rispetto a questi temi (Tab. 6.5).
- Pazienti “difficili” per il medico (Tab. 6.6).
- Pazienti che non presentano un elevato livello di introspezione

- e che necessitano maggiormente di un ascolto profondo per la risoluzione di problematiche concrete immediate (Tab. 6.7).
- Pazienti che necessitano di essere accolti per diverse co-presenze al fine di maturare la necessità della consultazione* (Tab. 6.8).

| |
|--|
| Assistito: maschio – 21 anni, iscritto al primo anno di scienze infermieristiche. |
| Situazione familiare: figlio unico vive con il padre. Madre deceduta un anno fa dopo lunga malattia. |
| Motivo esplicito della visita al MMG: tachicardia improvvisa. |
| <p>Elementi emersi in Copresenza</p> <p>Bel ragazzo, mostra meno anni. Non è molto convinto della facoltà, anche se gli piace, avrebbe preferito fare medicina ma non ha passato il test. Si ricostruisce che questi sintomi fisici sono emersi dopo il tirocinio ospedaliero in un reparto simile a quello dove stava la madre (paziente del tutto “inconsapevole di queste coincidenze”). Lui e il papà non hanno mai parlato molto di tutta la faccenda, hanno cercato di andare avanti. Nella copresenza il medico e lo psicologo* commentano ad alta voce le “strane coincidenze”.</p> <p>Emerge un legame molto forte con il genitore vivente e la psicologa suggerisce che forse ora che sono rimasti “solo loro due” è sicuramente molto difficile pensare ad un proprio progetto di autonomia di vita.</p> |
| <p>Note importanti</p> <p>Il paziente si fida moltissimo del medico che l’ha “visto crescere” ma è anche un modello professionale con cui confrontarsi (al termine delle copresenze ha rivalutato l’idea di rifare il test di medicina o di proseguire con maggiore determinazione la facoltà attuale).</p> |
| Numero di volte successivamente rivisto in copresenza: 3 |

Tabella. 6.2 Esempio di caso: giovane che sta affrontando una crisi di studio/lavoro

| |
|--|
| Assistito: femmina – 40 anni, impiegata. |
| Situazione familiare: sposata, con tre figli maschi. |
| Motivo esplicito della visita al MMG: Dissenteria da 2 settimane, mal di stomaco, insonnia. Chiede di fare degli esami di approfondimento. La paziente raramente accede all' ambulatorio, è particolarmente preoccupata per la propria salute. |
| <p>Elementi emersi in Copresenza</p> <p>La paziente è molto spaventata per tutti i suoi sintomi, perché “io sto sempre bene”. Il medico prescrive esame di approfondimento diagnostico e nel frattempo emergono altri elementi.</p> <p>Da meno di un anno la famiglia è stata colpita da lutto improvviso: il nonno paterno a cui tutti erano molto legati, è deceduto durante una gita in montagna. Successivamente, la nonna paterna si è ammalata di tumore della mammella e da 3 mesi è comparsa una metastasi. In copresenza si sottolinea come le forti preoccupazioni, i sintomi che la allarmano, e che ovviamente vengono sottoposti ad indagini diagnostiche, possono essere maggiormente compresi alla luce di questi fatti. La paziente riesce ad esprimere che è terrorizzata di poter morire anche lei e di lasciare nuovamente la sua famiglia in balia di un lutto.</p> |
| <p>Note importanti</p> <p>Gli esami clinici sono risultati sostanzialmente nella norma e la dissenteria è stata trattata con fermenti lattici e maggiore attenzione all'alimentazione. Per l'insonnia è stata prescritta una terapia naturale.</p> <p>Nel frattempo, la nonna materna è deceduta, nelle successive copresenze sono state fornite indicazioni su come comunicare la notizia del decesso ai bambini della paziente, e come condividere con loro questo ennesimo dolore; inoltre, si è concordato come poter informare la scuola ed attivare un eventuale servizio di supporto psicologico presso lo sportello di ascolto scolastico o, qualora non presente, presso altri servizi territoriali.</p> |
| Numero di volte successivamente rivisto in copresenza: 2 |

Tabella 6.3 Esempio di caso: situazione in cui si riesce a fornire anche una lettura della dimensione psicosociale a sintomi insorti in tempi relativamente recenti

| |
|---|
| Assistito: donna, 40 anni, operaia da un anno (prima era una hostess). |
| Situazione familiare: sposata con una figlia di 12 anni. |
| Motivo esplicito della visita al MMG: “Strano” dolore al petto da qualche giorno. |
| <p>Elementi emersi in Copresenza</p> <p>Colpisce la dissonanza tra l'eccessiva cura estetica della paziente e la sua professione; in effetti, parlando con il medico, la psicologa scopre che la signora fino ad un anno prima era una hostess. Giunge accompagnata dalla figlia che attende in sala d'attesa. La signora è molto preoccupata per un inspiegabile dolore al petto comparso da qualche giorno: il medico indaga segni e sintomi di un possibile infarto, ausculta il cuore, misura la pressione (nella norma) e rileva una lieve tachicardia.</p> <p>Mentre il medico le misura la pressione, la signora si rivolge ad entrambi, chiedendo se hanno sentito la terribile notizia di cronaca della scorsa settimana che ha sconvolto il quartiere. Afferma di essere scossa all'idea delle condizioni disperate in cui verte la ragazza, quasi coetanea di sua figlia; il suo vissuto si complica perché proprio in questi giorni suo marito è fuori per lavoro e lei si ritrova giorno e notte da sola. La psicologa sottolinea la drammaticità della vicenda di cronaca e che, per una madre, anche solo pensare di poter perdere un figlio costituisce un gran dolore. A questo punto la paziente, commuovendosi, racconta che all'età di 9 anni sua sorella è morta di infarto; aveva una malformazione cardiaca e per questo era in cura presso un centro ma questo non è servito. È stato uno shock per tutti.</p> <p>Il medico, che conosce la paziente da anni, rimane colpito da questa notizia di cui era all'oscuro, e le propone di fare in maniera preventiva una serie di indagini assicurando la paziente sui dati clinici della visita attuale ma che, data la familiarità, è comunque opportuno fare.</p> |
| <p>Note importanti</p> <p>È stato importante cogliere il bisogno della signora di parlare della notizia di cronaca e intuire che fosse la porta per parlare di “altro”. Proprio questo “altro” ha permesso al medico di venire a conoscenza di importantissimi dati sanitari prima ignoti ma di rilevanza sanitaria.</p> <p>Il dolore al petto può forse essere legato a componenti genetiche o all'ansia relativa alla terribile notizia che ha riaperto vecchie ferite. O entrambe le cose. Quello che è importante è aver fornito uno spazio di ascolto in quel momento che ha permesso di ricavare numerose e fondamentali informazioni, al fine di formulare una ipotesi diagnostica per il sintomo della signora.</p> |
| Numero di volte successivamente rivisto in copresenza: 0 |

Tabella 6.4 Esempio di caso: accesso ad informazioni che completano la storia personale e clinica dell'assistito

| |
|--|
| <p>Assistito: ragazza universitaria (25 anni) accompagnata dalla madre (47 anni).</p> |
| <p>Situazione familiare: la ragazza è figlia unica, il padre è deceduto da anni. Mamma e figlia vivono dalla la nonna materna di 80 anni.</p> |
| <p>Motivo esplicito della visita al MMG: ennesimo mal di stomaco della figlia e fatica nella digestione. In passato era già stata fatta una gastroscopia con esito negativo. Assume esomeprazolo. Mamma e figlia di tanto in tanto vengono dal medico.</p> |
| <p>Elementi emersi in Copresenza</p> <p>Mamma molto ben curata e bella, consona all'età, la ragazza mostra meno anni. La madre tende a parlare al posto della figlia, comunque sembra abbiano una buona relazione.</p> <p>Nonostante le attenzioni alimentari, "ogni tanto", ricompare la sensazione di dolore allo stomaco e "non sa cosa fare". L'università va bene e ha molti amici. Ad un certo punto, sempre la madre, "confessa" che vivere con la nonna è davvero faticoso perché tende a controllare tutti e a far fare quello che vuole; tuttavia, per problemi economici sono costretti a vivere lì "con una donna anziana che di salute sta meglio di noi". Le origini siciliane della nonna e la sua età non consentono l'apertura mentale di poter accogliere l'omosessualità della nipote, che oltre a nascondere alla nonna lo deve fare anche con il resto della famiglia. Per queste ragioni non si sente di invitare a casa propria la compagna.</p> <p>In copresenza si sottolinea come questo forse rappresenti un vero e proprio peso sullo stomaco, come può essere difficile non poter vivere in casa propria una relazione affettiva importante e stabile ormai da qualche anno. Si cerca di legittimare la ragazza a poter vivere la propria inclinazione sessuale ridimensionando anche la figura della nonna materna.</p> <p>Non viene somministrata alcuna terapia farmacologica né fatte altre indagini diagnostiche.</p> |
| <p>Note importanti</p> <p>Dopo le copresenze, soprattutto gli accessi in coppia sono diminuiti, tende a venire la madre e con meno frequenza. Durante la prima ondata di COVID-19 vi è stata una riacutizzazione dei sintomi, è stato fatto un ascolto telefonico a cui è seguita la consultazione* psicologica.</p> |
| <p>Numero di volte successivamente rivisto in copresenza: 1</p> |

Tabella 6.5 Esempio di caso: omosessualità taciuta in famiglia

| |
|--|
| Assistito: donna, 80 anni, pensionata. |
| Situazione familiare: nubile, vive sola. |
| <p>Motivo esplicito della visita al MMG: paziente definita “frequent flyer” dal MMG.</p> <p>Viene quasi tutti i mesi per farsi prescrivere visite ed esami (inutili) che vuole sostenere privatamente da ogni possibile specialista. Da tempo lamenta problemi intestinali. È seguita privatamente da anni da uno psichiatra.</p> |
| <p>Elementi emersi in Copresenza</p> <p>Il MMG allerta la psicologa sul fatto che questa paziente è davvero di difficile gestione per lui: è una dei pochi assistiti con cui “perdo facilmente la pazienza, non riusciamo proprio a capirci.</p> <p>La psicologa osserva l’interazione tra assistita e medico: sembra un match di “scherma”, un litigio educato. La paziente inizia chiedendo scusa per il disturbo, ribadendo più volte che cercherà di essere breve, nel frattempo continua a mostrare nuove documentazioni insieme alle vecchie. Non si capisce cosa stia chiedendo al medico che si sente comprensibilmente confuso e visibilmente irritato: nel cercare di aiutarla a fare ordine mentale, la paziente afferma di non sentirsi capita.</p> <p>A questo punto interviene la psicologa, dicendo che lei stessa si sente un po’ confusa, non capisce in concreto che cosa la signora stia chiedendo al medico ma che tutti, medico, psicologa e tirocinante (presente alla visita), sicuramente sono lì proprio per lei. La psicologa sottolinea che probabilmente anche la signora sente questa presa in carico, poiché nonostante tutti gli specialisti negli anni è rimasta fedele al proprio medico di famiglia. La visita si conclude con la prescrizione di alcuni farmaci richiesti dalla signora e suggeriti dallo specialista privato.</p> |
| <p>Note importanti</p> <p>Già un anno prima il medico aveva consigliato di eseguire una colonscopia ma la paziente si è sempre rifiutata.</p> |
| <p>Numero di volte successivamente rivisto in copresenza: 4</p> <p>La paziente ha subito un ricovero ospedaliero per carcinoma intestinale a cui è seguito un ricovero temporaneo in RSA, poi dimessa è ritornata in cura dal proprio MMG. È deceduta dopo alcuni mesi.</p> |

Tabella. 6.6 Esempio di caso, paziente di difficile gestione relazionale per il medico

| |
|--|
| <p>Assistito: donna, 45 anni, operaia presso grande centro di distribuzione di giardinaggio.</p> |
| <p>Situazione familiare: sposata con tre figli, di cui una presenta una patologia da gestire con salva vita. Marito attualmente disoccupato.</p> |
| <p>Motivo esplicito della visita al MMG Richiesta di giorni di malattia a seguito di presunto mobbing. La situazione lavorativa ha portato a problemi di insonnia, uso eccessivo di tabacco, aggressività verbale e un aumento di ipertensione (per cui è già in trattamento da anni).</p> |
| <p>Elementi emersi in Copresenza Paziente e marito giungono in copresenza dopo aver fatto una visita la settimana precedente e in cui il MMG li ha invitati alla copresenza. Il marito è molto preoccupato, anche lei è consapevole della gravità della sua situazione. Parlano entrambi. La paziente sta assumendo da una settimana una terapia per l'insonnia e un ipertensivo (da tempo), va meglio, ma di giorno è ancora molto tachicardica e a volte aggressiva, fuma eccessivamente. Non riesce a pensare di dover tornare al lavoro in un ruolo demansionato. L'azienda per cui lavora ha giustificato questo passaggio per motivi interni e legati alla legge 104 di cui usufruisce la paziente: "eravamo in troppi in quel gruppo ad averla". In realtà, la signora è convinta che lo spostamento sia dovuto al fatto di aver "visto delle cose" che non andavano e, approfittando della scusa della sua 104, l'abbiamo demansionata. Successivamente scopre che il suo ruolo è stato affidato ad un'altra persona, sempre con la 104. La paziente riferisce che piuttosto di acconsentire a questo demansionamento, che tra l'altro le imporrebbe turni differenti complicando la gestione del figlio malato, preferirebbe licenziarsi e stare a casa. Si aiuta la paziente a riflettere che una tale scelta, sempre possibile, metterebbe in realtà a maggiore rischio il figlio malato e tutta la famiglia che conta su questo unico stipendio. Così si invita a prendere tempo e "ad usare" i giorni di malattia come opportunità per riflettere e informarsi su alcuni dati di realtà: contattare i sindacalisti e/o un eventuale avvocato presso un CAF che possa fornire una consulenza, prendere contatti con la medicina del lavoro (si forniscono i riferimenti) per avviare la procedura testistica che aiuterebbe eventualmente a comprovare il disagio che si sta verificando nella vita della signora, infine preparare un CV per un possibile nuovo lavoro in cui la paziente possa svolgere una mansione analoga. "Io so fare questo lavoro, lo adoro, è l'unico che so fare". Si sostiene la paziente nella sua versione che probabilmente può aver visto qualcosa che non doveva e la si aiuta ad abbassare il vissuto paranoico legato alla 104, facendo notare che è stata sostituita da un collega che ne usufruisce come lei. Medico e psicologa hanno invitato la coppia a tornare la settimana successiva per fare il punto della situazione e monitorare l'andamento della terapia farmacologica. Questo evento improvviso diventa anche l'opportunità per il marito di rimettersi alla ricerca di un lavoro, per cui inizia spontaneamente ad inviare il suo CV.</p> |
| <p>Note importanti Paziente che accede spesso all'ambulatorio.</p> |
| <p>Numero di volte successivamente rivisto in copresenza: 3</p> |

Tabella 6.7 Esempio di caso, paziente con bassa introspezione che necessita di ascolto in merito ad una situazione circoscritta

2) *Non risoluzione del problema e scelta di non usufruire di altre copresenze.*

Come già affermato nel paragrafo 6.3.2, la presenza dello psicologo* attiva nel paziente la possibilità di formulare altri pensieri circa il proprio malessere, tuttavia non è detto che quello sia il tempo giusto per il paziente⁷ per affrontare quanto intuito.

3) *Trampolino per la consultazione* psicologica*

L'altro esito della copresenza riguarda la possibilità per il paziente di “mettere parola” sulla propria sofferenza in modo più approfondito, così da scegliere una consultazione* psicologica presso l'ambulatorio. Al di là della specificità di ciascun caso, è soprattutto responsabilità dello psicologo* aver “incuriosito” paziente e medico circa possibili “altre” letture in merito al disagio che lo ha portato a chiedere aiuto. È necessario aver offerto il giusto spazio e tempo durante la copresenza, un *setting* molto diverso dalla consultazione*. Pertanto, è poco prudente, ad esempio, aprire diversi argomenti e pensare di poterli approfondire in copresenza.

Infine, il paziente va accompagnato ad elaborare una motivazione personale alla consultazione* e non semplicemente “perché me lo ha detto il medico”; questo invece spesso è comprensibile e utile che accada come motivazione alla copresenza. Al termine dell'incontro lo psicologo* dovrebbe essere riuscito a comporre uno “schizzo” del paziente, il quale dal canto suo, avendo colto la possibilità di capire qualcosa di più di sé stesso, ha elaborato una motivazione più personale per incontri successivi con solo lo psicologo*. Il MMG, infine, dovrebbe essere venuto a conoscenza di aspetti prima a lui ignoti circa l'assistito che lo aiutino ad avere una visione più complessa della persona-paziente.

⁷ Gli antichi greci utilizzavano quattro parole per indicare il tempo: *chronos*, *kairos*, *Aion* e *Eniautos*; la prima si riferisce al tempo cronologico e sequenziale, la seconda significa “un tempo nel mezzo”, un momento di un periodo di tempo indeterminato nel quale “qualcosa” di speciale accade, la terza riguarda il tempo eterno e l'ultima indica un anno. Nel caso dei pazienti, è il *kairos* a determinare l'inizio di un ascolto differente rispetto al proprio malessere.

| |
|--|
| <p>Assistito: Padre (50 anni) e figlio (28 anni), rispettivamente libero professionista e studente universitario appena ritirato.</p> |
| <p>Situazione familiare Figlio unico, genitori sposati senza apparenti problemi di coppia.</p> |
| <p>Motivo esplicito della visita al MMG Padre e figlio vengono sempre insieme e di frequente (almeno 3 volte al mese) per la prescrizione di farmaci, visite specialistiche e controlli a cui il ragazzo si deve costantemente sottoporre. Presenta difficoltà nella deambulazione per esiti di un intervento avvenuto nei due anni precedenti.</p> |
| <p>Elementi emersi in Copresenza Il MMG ha in carico il ragazzo da meno di un anno; quindi, non conosce da lungo tempo la situazione familiare e clinica; medico e psicologa notano un ragazzo “spento”, sempre “bianco” in faccia, amimico e molto sofferente, a stento riesce a sedersi. Anche il padre è visibilmente provato, ma si mostra più combattivo e cerca di incoraggiare il figlio che attualmente assume antidolorifici di ogni tipo (è seguito presso un centro di terapia del dolore) e ha subito ulteriori interventi per l’inserimento di neuromodulatori mal tollerati. Assume anche antidepressivi ed è seguito dalla psicologa della terapia del dolore. Emerge una sorta di alone del mistero e poca chiarezza sulla storia clinica dell’intervento e dell’esito infuosto, questa famiglia (la madre non viene mai!) sembra sempre alla ricerca di un medico “salvatore” o di un centro all’avanguardia che restituirà il benessere, salvo poi deluderli e lasciarli con la sensazione di essere fregati (e derubati). Scelgono di venire da questo MMG su consiglio del fratello della moglie che è già un assistito e si trova molto bene. Il padre è in sovrappeso e presenta difficoltà respiratorie. Durante le prime copresenze la psicologa non interviene molto e rimane colpita dalla determinazione del padre e si chiede se, prima o poi, mostrerà anche lui qualche segnale di cedimento, poiché tutto è sempre concentrato sul figlio. Sembra che ci sia spazio solo per lui e non per gli altri. Del resto, la psicologa è abbastanza “tranquilla” sul ragazzo perché sa che sta facendo un percorso. Nella quarta copresenza il ragazzo afferma di non voler più andare dalla psicologa del centro, perché gli avrebbe detto, riferisce il paziente, di doversi in sostanza rassegnare alla sua condizione. Durante la quinta copresenza la psicologa propone la possibilità di appoggiarsi presso un altro psicoterapeuta* che avrebbero potuto cercare in una zona della città magari anche più comoda per gli spostamenti. Tutto rimane concentrato sul ragazzo mentre è sempre più evidente la sofferenza del genitore. Nell’ultima copresenza la psicologa decide di effettuare un intervento diretto verso il padre, sottolineando come in tutti gli incontri che hanno avuto non si sia mai potuto parlare di come si sentisse rispetto a questa situazione. Per la prima volta il padre scoppia a piangere e afferma “effettivamente ci sono anche io”. Decide così di intraprendere la consultazione* psicologica presso l’ambulatorio medico mentre il figlio viene inviato ad un collega psicoterapeuta* privato.</p> |
| <p>Numero di volte successivamente rivisto in copresenza In totale sono state effettuate 6 copresenze.</p> |

Tabella 6.8 Esempio di caso, paziente che necessita di essere accolto per diverse co-presenze al fine di maturare la scelta della consultazione*

6.4 La consultazione psicologica presso l'ambulatorio di medicina generale

Quello che segue suggerisce solo alcune indicazioni che potrebbero essere utili per coloro che si avvicinano alla consultazione* psicologica nell'Assistenza Primaria. L'intento non è di consegnare un protocollo da seguire, bensì fornire spunti che ciascuno può declinare nella peculiarità di quello specifico ambulatorio, nella relazione con il medico e l'assistito.

6.4.1 Struttura e finalità della consultazione

Nell'esperienza Medico&PsicologoInsieme, la consultazione* psicologica si declina nella possibilità di offrire un massimo di tre incontri, a tariffa calmierata; questo significa che la durata è valutata di caso in caso a seconda dell'utilità. In maniera molto esemplificativa l'idea di fondo potrebbe dispiegarsi come segue:

- Colloquio I: accogliere il paziente e “passare dallo schizzo al bozzetto”.

Se avviene dopo la copresenza, è importante che lo psicologo* accolga il paziente riprendendo alcuni elementi, valorizzando continuità e differenza tra i due setting (anche per un eventuale futuro in cui dovrà rivedere il paziente in copresenza). Nel primo colloquio* va fatto firmare il consenso informato alla consultazione* psicologica.

Esempi di intervento:

“Bene, eccoci di nuovo insieme, ma questa volta siamo solo noi due con più tempo a disposizione, circa un'oretta. Le va di raccontarmi in modo più approfondito cosa sta succedendo, in merito alle cose che mi accennava la scorsa volta...”

Oppure:

“L'altro giorno mi diceva che l'operazione di suo figlio (45 anni), avvenuta tre anni fa, ha lasciato degli esiti post-intervento molto brutti ma soprattutto su di lei che è la mamma. Riesce a spiegarmi meglio cosa è successo?”

Al termine del primo colloquio* il paziente dovrebbe uscire con il piacere di poter tornare, perché ha “sentito” uno spazio di accoglienza e la possibilità di riflessione. Lo psicologo*, invece, dovrebbe essere riuscito a ricavare informazioni rilevanti sui sintomi, tempo di insorgenza, relazioni affettive, ciclo di vita e

risorse sia intrapsichiche sia relazionali.

- Colloquio II: “disegnare un quadro in prospettiva”
In base all’agenda e agli impegni di tutti, è opportuno cercare di fissare il secondo incontro ad una settimana di distanza dal primo. Il paziente ha “aperto” alcune finestre la settimana precedente, dovrebbe quindi “sostare” in un atteggiamento di ascolto ed essere predisposto a guardare “fuori” dalle finestre aperte ma contemporaneamente essere anche un po’ impaurito per ciò che può aver scorto. Per tali ragioni è opportuno incontrare il paziente una seconda volta a distanza di una settimana. In questo colloquio* le persone dovrebbero aver stabilito una maggiore fiducia nel professionista, così è possibile tentare di ricostruire insieme, pur con tutti i limiti di un secondo incontro, anche eventi e relazioni significative del passato che in qualche modo aiutano ad allargare il campo rispetto al problema attuale. L’obiettivo non dovrebbe essere tanto quello di una ricostruzione storico-biografica fedele, ma avere qualche punto fisso in più che consenta al clinico di comprendere come il paziente attribuisce significati alla sua realtà contemporanea alla luce della sua storia. Infine, sempre in questa fase si può iniziare ad effettuare il “carotaggio delle risorse”, ossia adoperarsi per trovare tutti gli aspetti, dinamiche intrapsichiche, relazionali e comunitarie che “funzionano” insieme ai problemi che recano sofferenza al paziente. In questa fase si può iniziare a far notare alcune risorse su cui l’assistito possa in autonomia iniziare a riflettere nelle settimane successive.

- Colloquio III: “colorare e attendere l’asciugatura”
Dato il numero massimo di tre colloqui, può essere una buona norma effettuare l’ultimo incontro a distanza di due settimane dal precedente. Questo per permettere al paziente di prendersi del tempo per riflettere su quanto emerso e anche per far sperimentare “una autonomia” dal clinico, da cui può ritornare un’ultima volta per un confronto. In generale, è importante, anche nella consultazione*, gestire la fine del percorso lasciando il paziente con l’idea di “potersela cavare un po’ più da solo” alla luce di quanto emerso insieme, oppure come verrà esposto successivamente, favorire un invio di secondo livello.

Esempio

“Bene, oggi è il nostro ultimo incontro ed è un po’ che non ci vediamo. Mi chiedevo come sono andate queste settimane e se ha fatto delle riflessioni in merito ai nostri incontri”.

6.4.2 Esiti della consultazione psicologica

Al termine di questo breve percorso, gli scenari che si possono presentare sono tre: conclusione con possibilità di ritornare in copresenza (a distanza di tempo) per un breve follow-up, oppure fornire riferimenti per un intervento di secondo livello presso i servizi del territorio o con professionisti privati:

1. Conclusione

Il paziente è riuscito ad elaborare il motivo del malessere che lo ha spinto ad accettare un aiuto psicologico, ha compiuto così il passaggio dal “bisogno – urgenza alla domanda di senso” relativo alla propria situazione. Grazie ad una buona introspezione, alla gravità della sofferenza e alle risorse, interne ed esterne, il processo di benessere e riappropriazione è stato rilanciato, il paziente è in grado di proseguire in autonomia il proprio processo.

2. Invio presso servizi

Il paziente è riuscito ad elaborare il motivo del malessere che lo ha spinto ad accettare un aiuto psicologico, ha compiuto così il passaggio dal “bisogno – urgenza alla domanda di senso” relativo alla propria situazione. Tuttavia, i sintomi e la storia del paziente sono così “importanti” e strutturati che è necessario un ulteriore spazio di lavoro. Le risorse intrapsichiche, lavorative e sociali non sono elevate pertanto l’invio di secondo livello va rivolto ai servizi del territorio, che possono essere sia strutture consultoriale sia servizi di terzo settore a tariffe calmierate.

Invitare il paziente a rivolgersi altrove costituisce una fase estremamente delicata, poiché potrebbe sentirsi “abbandonato” dal terapeuta o percepirsi così grave da rivolgersi presso altri servizi ma non andarci, pensando: “in fondo ce l’ho fatta sino ad oggi”. È opportuno quindi “accompagnare” il paziente in questo passaggio, fornendo informazioni precise su dove andare, chi contattare (consegnando il numero di telefono corretto). Offrire la propria disponibilità a condividere con il collega, previo consenso, le informazioni che possono essere utili è una buona prassi. Questo è utile al paziente per sentire che la consultazione*

svolta in ambulatorio si pone in continuità con lo step successivo, riducendo il vissuto di frammentazione della cura. Inoltre, aiuta i colleghi nei servizi a velocizzare i percorsi che di per sé possono prevedere un numero limitato di incontri. Le copresenze successive possono divenire uno spazio di incoraggiamento e monitoraggio di questo passaggio.

3. Invio presso riferimento privato

Il paziente è riuscito ad elaborare il motivo che lo ha spinto ad accettare un aiuto psicologico, ha compiuto così il passaggio dal “bisogno – urgenza alla domanda di senso” relativo alla propria situazione. Tuttavia, i sintomi e la storia del paziente sono così “importanti” e strutturati che è necessario un ulteriore spazio di lavoro. Il paziente possiede buone risorse introspettive e ha la possibilità anche economica di intraprendere un percorso di secondo livello che non prevede un numero limitato di incontri. Anche in questo caso, è bene adottare tutte le accortezze dell’invio come esposto in precedenza. Infine, è bene fornire almeno due contatti che la persona possa prendere in considerazione e lasciare a lui la scelta definitiva in merito a chi rivolgersi (Tab. 6.9).

| |
|---|
| <p>Assistito: maschio, 45 anni, disoccupato.</p> |
| <p>Situazione familiare Separato da dieci anni.</p> |
| <p>Motivo esplicito della visita con il proprio MMG Stato depressivo. Paziente già noto al MMG per depressione, per cui aveva assunto in passato paroxetina (antidepressivo) con beneficio. Quando giunge alla visita attuale, il MMG ripropone la terapia farmacologica che era stata sospesa da un anno e offre la possibilità della copresenza. Il paziente accetta volentieri l'incontro.</p> |
| <p>Elementi emersi in Copresenza Il paziente è molto consapevole della sua situazione, ha già seguito anni fa una psicoterapia* che l'ha aiutato molto. Vorrebbe capire cosa gli stia succedendo, da solo non riesce a fornirsi una spiegazione del proprio malessere. Vorrebbe rilanciarsi nel mondo professionale ma è titubante.</p> |
| <p>Consultazione <i>Colloquio I: dallo schizzo al bozzetto</i> Racconta con piacere l'esperienza della psicoterapia* svolta in corrispondenza del lutto di uno dei due genitori. Quel percorso aveva avuto un effetto fortificante che gli aveva permesso di affrontare bene la malattia e il secondo lutto genitoriale avvenuto circa 2 anni fa. Da qualche mese ha riacciato i rapporti con i fratelli e le sorelle, mostrando loro un album di fotografie da lui creato che rappresenta i momenti salienti della loro storia, e da cui si evince, in particolare, il tentativo di riconciliazione intrapsichica con uno dei due genitori. I familiari sembrano non dare molto peso a questo "dono" e prendono ulteriormente le distanze dal fratello. Il paziente ha lavorato con molti fotografi famosi ed ha imparato il mestiere sul campo. Ha in mente un progetto professionale molto interessante ma ha paura di mettersi in gioco.</p> |
| <p><i>Colloquio II: Il quadro in prospettiva</i> Su sua esplicita richiesta si fa un approfondimento della storia della famiglia di origine, che mette in luce una situazione di povertà psico-sociale, e storia di abusi di varia natura. Con l'ex moglie ha un'ottima relazione "fraterna" e si aiutano economicamente. Il paziente ha fatto diversi lavori collaborando con grandi nomi del settore fotografico; questo, gli viene fatto notare, è indice di quanto professionalmente sia valido, pertanto il suo progetto merita di essere sviluppato.</p> |

Colloquio III: colorare e attendere l'asciugatura

Ha ripreso a frequentare alcune amicizie, ha iniziato a prendersi cura della casa e a far la spesa.

Rileggiamo il sintomo depressivo alla luce del rifiuto subito dai fratelli: alcune questioni con la famiglia d'origine e i lutti pesano ancora molto, al punto da lasciare in stand by alcune questioni della sua vita attuale. Ci focalizziamo sulla relazione con l'ex moglie: sussiste una non chiara definizione di tale rapporto, come anche una definizione poco chiara del proprio progetto professionale.

Data la gravità dei sintomi, la capacità di introspezione e la voglia di "ricominciare a vivere stando in piedi con le proprie gambe", decidiamo di riferirci al consultorio di zona per una presa in carico che vada oltre la consultazione* in ambulatorio.

Gestione dell'invio

Al paziente viene fornito il numero di telefono del consultorio dell'ATS con gli orari di segreteria. Psicologa e paziente rimangono d'accordo di incontrarsi in copresenza fra qualche settimana per aggiornarsi in merito all'esito dell'invio.

Intanto, la psicologa (previo consenso del paziente) contatta il collega del consultorio di zona pre-allertandolo sull'invio, accennando alla delicata situazione del paziente e rendendosi disponibile per una condivisione dei dati clinici (viene redatta una breve relazione).

Copresenze successive

Il paziente è stato preso in carico dal servizio. Una volta terminati gli incontri gratuiti previsti, ha intrapreso un percorso di psicoterapia* di gruppo (maggiormente accessibile da un punto di vista economico). Dopo circa un anno, riceve una diagnosi di tumore all'intestino. Segue tutti i trattamenti previsti dal protocollo conservando uno stato di buon equilibrio psichico.

Tabella 6.9 Esempio di caso, consultazione* che esita in invio presso servizio del territorio

6.5 La valutazione degli outcomes e la riprogettazione

Come esposto nel primo capitolo e nel quarto capitolo, il gruppo Medico&PsicologoInsieme ha somministrato, da ottobre 2017 a settembre 2018, diversi strumenti che hanno permesso la raccolta di dati sull'esperienza e che in parte hanno contribuito alla stesura di questo volume. Inoltre, durante le diverse fasi della pandemia, a campioni di soggetti è stato somministrato il CORE-GP (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – General Population; Evans et al., 2005) come monitoraggio di salute. Al di là delle differenti rilevazioni quantitative che riteniamo fondamentali per una clinica fondata sulla ricerca, si ritiene che uno dei modi migliori per continuare a riflettere, dunque valutare e riprogettare insieme, sia rappresentato dalle riunioni di équipe che si svolgono ogni mese.

Bibliografia

1. Ammaniti M. (2014), *Noi: perché due sono meglio di uno*, Il Mulino: Bologna.
2. Belluto M., Ceccim, B.R., Martino A. (2020), *La ricerca-formazione-intervento collaborativa in salute collettiva: esperienze di frontiera tra università, servizi e territori*, in "Tracce Urbane", 8, 70-98.
3. Brown R. (1990), *Psicologia sociale dei gruppi: dinamiche intragruppo e intergruppi*. Il Mulino: Bologna.
4. Evans C. et al., (2005), *Rationale and development of a general population well-being measure: Psychometric status of the GP-CORE in a student sample*, in *British Journal of Guidance & Counselling*, 33,2, 153–173. <http://doi.org/10.1080/03069880500132581>.
5. Pennebaker J.W., Beall S.K. (1986), *Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease*, in "Journal of Abnormal Psychology", 95, 274-281.
6. Pennebaker J. W. (1997), *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotion*, Guilford Press: NY.
7. Semi A. A. (1985), *Tecnica del colloquio*, Cortina: Milano.
8. Tajfel H., & Turner J. C. (1979), *An integrative theory of social conflict*, in "The social psychology of intergroup relations", 2, 33-47.
9. 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.
10. Williams K. D. & Karau S. J. (1991), *Social loafing and social compensation: The effects of expectations of co-worker performance*, in "Journal of personality and social psychology", 61,4, 570.
11. Zani B., & Palmonari A. (1996), *Manuale di psicologia di comunità*, il Mulino: Bologna.