

Realizzare il modello biopsicosociale nelle cure primarie. Medico e psicologo insieme? L'opinione dei medici di medicina generale

Attà Negri^{1,4}, Ernesto Fumagalli², Giovanbattista Andreoli¹, Laura Carelli³, Claudia Zamin⁴, Anna Paladino¹

¹ Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università degli Studi di Bergamo; ² MMG, ATS della Città Metropolitana di Milano;

³ Dipartimento di Neurologia e Laboratorio di Neuroscienze, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Ospedale San Luca, Milano;

⁴ SIPRe, Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione

Introduzione

I medici delle Cure Primarie sono chiamati a prendersi cura dei propri pazienti adottando una prospettiva biopsicosociale che considera l'individuo in un'ottica comprendente la dimensione biologica, psicologica e sociale. Nella definizione di salute, il modello biopsicosociale considera corpo, mente e ambiente sempre implicati in ogni processo ed evento di vita delle persone¹. Per questo il focus non è solo il corpo del paziente e la sua malattia² ma la persona del paziente nella sua totalità³ e la relazione medico-paziente è uno strumento essenziale e centrale in ogni intervento medico⁴.

I medici di medicina generale (MMG), per il particolare ruolo di fiducia, frequenza e continuità di cura, sono nelle condizioni più favorevoli per una comprensione clinica globale delle persone e in molti casi cercano di adottare tale approccio "centrato sul paziente", ma nello stesso tempo sono i primi ad avvertirne le difficoltà nella pratica ambulatoriale.

Nella realtà quotidiana il riconoscimento e la considerazione degli aspetti psicologici della malattia sono fortemente condizionati, se non scotomizzati, da una serie di fattori. In particolare:

- una formazione medica fortemente centrata sugli aspetti tecnici della diagnosi e della cura e poco sul prendersi cura della relazione con il paziente e sugli aspetti

psicologici connessi a ogni condizione medica acuta e cronica;

- un carico e ritmo di lavoro che impediscono spesso attenzione e riflessione personale sul senso del proprio lavoro e sugli aspetti della relazione con i pazienti non legati direttamente alla gestione medica e burocratica della cura medica;
- una poca conoscenza e valorizzazione dei fattori psicologici che influenzano la pratica clinica, in termini sia di accuratezza diagnostica sia di efficacia nei trattamenti;
- una sempre più forte pressione verso l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie che privilegiano interventi ad alto contenuto tecnologico, ma frammentati e non personalizzati;
- il permanere nella cultura popolare di una concezione strettamente medica e tecnica della cura, anch'essa orientata alla risoluzione tecnica e strumentale di ogni sofferenza che porta a esprimere ogni forma di disagio in richiesta di accertamenti tecnologicamente avanzati, farmaci o interventi impersonali rapidamente risolutivi.

Pur in presenza di tali difficoltà molti rimangono convinti che l'adozione di un modello biopsicosociale nelle cure primarie porterebbe a un significativo miglioramento delle cure oltre che della qualità della vita dei pazienti e dei medici stes-

si. Una delle possibilità per far fronte alle criticità evidenziate nell'applicazione di tale modello nelle cure primarie potrebbe essere quella di una reale e complementare integrazione delle competenze di figure professionali che storicamente e scientificamente sono rimaste sempre distanti, separate da rigidità ideologiche e identitarie: il medico e lo psicologo. Solo ultimamente si sono sviluppate, in Italia e all'estero, alcune esperienze di confronto e di collaborazione esplicitamente orientate a una strategia di cura con forte integrazione di ruoli e competenze professionali tra medici e psicologi.

La Tabella I elenca alcune delle esperienze più significative. Nella realtà italiana il lavoro di Luigi Solano⁵ è il più interessante modello di cura integrata: esso prevede la presenza in contemporanea (copresenza) di medico e psicologo in periodi definiti durante le visite ambulatoriali. Allo stato attuale questo modello non ha trovato ancora sufficiente considerazione e possibilità di attuazione nella organizzazione sanitaria, e ciò può essere dovuto a:

- scetticismo e resistenze culturali/scientifiche rispetto alla possibilità di una collaborazione utile tra medici e psicologi;
- difficoltà a ripensare e modificare il proprio ruolo, il setting e le tecniche nella propria azione di medici e psicologi;
- difficoltà nel riconoscimento reciproco delle diverse competenze a livello di

TABELLA I.

Esperienze nazionali e internazionali d'inclusione della psicologia nelle cure primarie.

Olanda: lo psicologo di base è una realtà operativa da ormai 30 anni ed è chiamato "Primary Care Psychologist", con il quale ogni cittadino ha diritto a otto sedute finanziate dall'Assicurazione Sanitaria di Base. Attualmente circa 6.000 psicologi lavorano con i pazienti inviati principalmente dai medici di famiglia o che direttamente accedono al servizio (per approfondimenti: Derksen, 2009).

Canada: in Ontario nel 1994 è nato l'*Hamilton-Wentworth Health Service Organisation (HSO) Mental Health Program*, un programma innovativo che ha proposto ed effettuato l'integrazione di consulenti, soprattutto infermieri e assistenti sociali, e operatori della salute mentale negli ambulatori di 87 medici di medicina generale. Successivamente dal 2002 grazie alla nascita del *Primary Health Care Transition Fund (PHCTF)*, ossia di un fondo destinato a sostenere la cura a livello di salute primaria, sono nati altri vari progetti atti a migliorare i servizi di cura di base e a favorire la collaborazione tra i differenti professionisti della cura sanitaria (per approfondimenti: www.canada.ca/en/health-canada/services/primary-health-care/primary-health-care-transition-fund.html).

Portogallo: già nel 1996 è nato il cosiddetto *Group of Family Studies*, costituito da differenti professionisti sanitari tra cui medici di famiglia e psicoterapeuti aventi l'obiettivo di diffondere l'approccio sistemico in ambito sanitario. È grazie a questa iniziativa che in vari centri sanitari e in alcuni ospedali medici e psicologi collaborano quotidianamente con buoni risultati (per approfondimenti: Pereira, Fachada, Smith, 2009).

Regno Unito: il programma IAPT dal 2007 ha lo scopo di incrementare l'accesso ai trattamenti psicologici a livello di cura sanitaria primaria da parte dei pazienti che presentano problemi psicologici comuni, quali ad esempio ansia e depressione (per approfondimenti: www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/).

Nuova Zelanda: stanziato nel 2019 il Wellbeing Budget, che prevede un apporto economico (equivalente a un miliardo di euro entro il 2023/24) finalizzato a incrementare il benessere mentale degli abitanti della nazione. Tra le iniziative, l'aumento della facilità di accesso ai servizi per disturbi mentali di intensità moderata con un particolare focus rivolto a individui con meno di 24 anni d'età. I fondi sono mirati a istituire un nuovo modello di servizio che sarà accessibile anche tramite un professionista della salute mentale direttamente disponibile nello studio del medico di medicina generale (per approfondimenti: <https://treasury.govt.nz/publications/wellbeing-budget/wellbeing-budget-2019>).

Italia:

- **Umbria:** la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università "La Sapienza" di Roma (prof. Luigi Solano) ha iniziato nel 2000 un progetto di copresenza di medici e psicologi all'interno di 20 ambulatori di medicina di base di Orvieto. L'esperienza dello psicologo di base ha visto coinvolti un medico di base e una psicologa della salute in copresenza per 3 anni circa, accogliendo i pazienti nel medesimo studio in un giorno stabilito della settimana. Il risultato più concreto che è stato possibile rilevare da questa esperienza è una riduzione della spesa sanitaria del 15%. In seguito alla sperimentazione dell'ASL di Orvieto, l'introduzione della figura dello psicologo di base è stata presentata come proposta di legge in attesa di approvazione il 16 febbraio 2010. Nel 2018, la sperimentazione del progetto "la psicologia nelle Cure Primarie" (Psicup) è iniziata nel maggio del 2018 conseguentemente alla DGR n. 135 del 20 febbraio 2017 (per approfondimenti: Solano, 2011).
- **Lombardia:** un'esperienza che ha visto a Milano, nel 2012, la figura dello psicologo entrare nei contesti "primari" di assistenza e cura dei pazienti è quella rappresentata dello "psicologo in farmacia" (per approfondimenti: www.farmaciaeopsicologia.it/presentazione-del-progetto/).
- **Veneto:** nel 2014 la Regione Veneto ha dato avvio a una sperimentazione regionale della figura dello psicologo di base (DGR 76/2014). Si tratta di specialisti psicologi inseriti all'interno delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria e delle Medicine di Gruppo con il compito di coadiuvare il medico di medicina generale nella trattazione di pazienti che presentino difficoltà di tipo psicologico, per evitare l'aggravarsi della situazione e il suo possibile evolversi in patologia psichiatrica. Il modello di intervento è prevalentemente quello dell'invio dal medico allo psicologo (per approfondimenti: <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=275496>).

management sanitario, di organizzazioni professionali e di storia professionale individuale;

- paura della non accettazione dei cambiamenti da parte dei pazienti o timore di non poter trovare un assetto professionale e personale con una nuova persona e una figura professionale diversa anche se affine;
- scarsa considerazione ai temi della sofferenza psicologica da parte del Sistema Sanitario, che prevede risorse e strutture solo per la patologia psichiatrica più grave e cronica.

A partire da queste considerazioni e con l'obiettivo di comprendere meglio questi

elementi di criticità abbiamo condotto due studi sulla percezione delle dimensioni psicologiche implicate nell'attività clinica del MMG, sulla possibilità di collaborazione con uno psicologo e sulle diverse possibilità di tale integrazione: nel primo attraverso la metodologia del *focus group* abbiamo rilevato e posto a confronto gli atteggiamenti di MMG esperti con quelli di medici frequentanti il corso di formazione in Medicina Generale; nel secondo abbiamo rilevato da un consistente numero di MMG partecipanti al 33° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) le opinioni più diffuse sul tema.

Studio 1

Partecipanti

Sono stati condotti 6 *focus group* (di 6-10 partecipanti ciascuno), 2 composti da MMG esperti e 4 gruppi da medici del corso di formazione specifica in Medicina Generale, per un totale di 52 medici. Il consenso alla partecipazione allo studio fu richiesto a ogni partecipante.

Procedura

I *focus group* furono utilizzati per raccogliere le opinioni di ogni partecipante. La tecnica prevede una discussione libera tra i parteci-

panti, stimolati a riflettere su un argomento predefinito moderati da uno psicologo, con un secondo psicologo in qualità di osservatore. La durata di ogni *focus group* è stata circa di 2 ore e 30 minuti. Ogni *focus group* era semi-strutturato, e il moderatore seguiva una lista di domande prestabilite per invitare i partecipanti a riflettere su temi definiti. Ogni gruppo veniva audio registrato. Le domande presentate erano, in ordine di esposizione, le seguenti:

1. Quali ruoli e funzioni dovrebbe avere un MMG per essere considerato un buon medico?
2. Quali sono le difficoltà principali che incontrate nella vostra pratica clinica?
3. Come affrontate le difficoltà precedentemente espresse?
4. I MMG solitamente sono i primi referenti della sofferenza del paziente. Come entrate in relazione con questo tipo di sofferenza umana?
5. Avete mai avuto la possibilità di collaborare con uno psicologo? Che tipo di opportunità e risorse ci possono essere nella gestione del paziente?
6. Cosa pensate riguardo alla collaborazione tra MMG e psicologo insieme nello stesso tempo nel ricevere il paziente?

Ogni sessione di gruppo è stata trascritta e successivamente analizzata tramite il software MAXQDA12⁶, per individuare le tematiche principali emergenti. È stato poi condotto un confronto dei contenuti emersi tra i *focus group* di medici esperti e i *focus group* di specializzandi, identificandone le differenze nelle risposte ai quesiti (per approfondimenti si rimanda a Mayring⁷).

Risultati

La Tabella II indica le tematiche rilevate e le loro percentuali relative alle risposte alle domande poste nei *focus group*. Valutando le risposte è interessante rilevare alcune differenze tra medici in formazione e MMG attivi. Svolgere una funzione di prevenzione ed educazione alla salute viene indicata solo dai primi (16,22%). Al contrario, soltanto i medici esperti ricordano come caratteristiche di un bravo medico di famiglia saper dare continuità alla storia clinica del paziente (12,25%) e far stare bene il proprio assistito sotto ogni punto di vista (6,25%). Riguardo alle difficoltà incontrate nella pratica clinica, la maleducazione dei pazienti è

lamentata maggiormente dai MMG in formazione rispetto ai medici esperti (MMG in formazione = 41,46%; MMG esperti = 22,22%), mentre i MMG esperti lamentano soprattutto la mancanza di tempo da dedicare ai pazienti (MMG in formazione = 26,83%; MMG esperti = 48,15%). Di fronte a tali difficoltà, *non prendere più in carico il paziente imparando con il tempo a gestire le difficoltà con le proprie risorse*, sono strategie individuate solamente dai medici esperti (18,18 %). Al contrario partecipare a corsi di formazione (2,78 %) e tenersi sempre aggiornati (11,11 %) sono tecniche menzionate solamente dai medici in formazione.

Entrare in relazione empatica col paziente, dare consigli, sono modalità di risposta alle difficoltà del paziente rilevate più spesso nei commenti dei MMG esperti (MMG in formazione = 14,29%; MMG esperti = 27,27%). L'importanza di chiedere aiuto a psichiatri o psicologi per essere aiutati nella gestione della sofferenza dei propri pazienti, viene menzionata solamente da un medico del gruppo di MMG esperti (9,09%). Alla domanda riguardante l'esperienza di contatto professionale con uno psicologo, la maggioranza dei commenti emersi concerne l'invio del paziente (MMG in formazione = 75%; MMG esperti = 100%); una collaborazione medico e psicologo insieme nello stesso momento e luogo nell'accogliere il paziente non riceve parere favorevole soprattutto dai MMG in formazione (MMG in formazione = 77,14%; MMG esperti = 37,50%).

Studio 2

Partecipanti e procedura

Centodiciannove medici (F = 62, M = 57) tra quelli presenti al 33° Congresso Nazionale SIMG (2016) hanno risposto a un questionario da noi predisposto con domande a risposta multipla inerenti le componenti psicologiche della professione del MMG e le possibilità di rapporto tra MMG e psicologo. I questionari sono stati consegnati e raccolti in occasione di alcune sessioni del congresso e contestualmente venivano inoltre rilevati alcuni dati anagrafici e generali, tra cui il genere, l'anno di laurea, il tipo di specializzazione, la provincia di origine, il numero di assistiti ed eventuali esperienze di colla-

borazione con psicologi, a qualunque titolo, presenti e passate.

Risultati

Dei partecipanti allo studio, il 45% ha riportato di essersi formato solamente come MMG, il 43% di essere specializzato anche in altre aree mediche (il rimanente 12% omette questa informazione). Per quanto riguarda la provenienza, il 51% ha dichiarato di provenire dal Nord Italia mentre il 49% dal Sud. Il range dell'anno di laurea spaziava dal 1975 fino al 2014. Il 59% dei medici ha riportato di avere un numero medio di assistiti pari a 1362. Il 30% dei medici che ha compilato il questionario afferma di aver avuto una esperienza di collaborazione con uno psicologo. Tra questi, la maggior parte riporta come modalità principale adottata l'invio diretto a psicologi libero professionisti o servizi pubblici psicologici.

La Tabella III riporta le 15 affermazioni a risposta multipla poste e le percentuali di risposta per ognuna di esse. Si noti che tra i risultati il 66% dei MMG concorda o concorda fortemente sul fatto che riconoscimento e cura dei disagi psicologici in Medicina Generale sia compito del medico stesso, ma solo il 47% ritiene di avere le competenze per farlo. Il 65% afferma poi che le criticità nel proprio lavoro siano legate in particolar modo a fattori organizzativi di tempo e spazio. Nelle domande inerenti la figura dello psicologo, il 62% concorda o concorda fortemente che una collaborazione organizzata con tale professione migliori la qualità delle cure al paziente e in particolare modo, il 78% ritiene che il vantaggio si ripercuota soprattutto sulla soddisfazione dei pazienti e sulla qualità del lavoro del medico. Il 69% dei MMG inoltre, concorda che tale collaborazione organizzata si realizzi con la presenza dello psicologo in spazi e tempi differenti nella stessa struttura.

Discussione

I risultati dei due studi evidenziano elementi interessanti per la comprensione dell'accettazione del modello biopsicosociale nella realtà della Medicina Generale italiana.

I dati messi in luce dal primo studio evidenziano come la maggior esperienza professionale dei medici determini differenze di risposta ad alcune delle questioni messe in luce dai *focus group*.

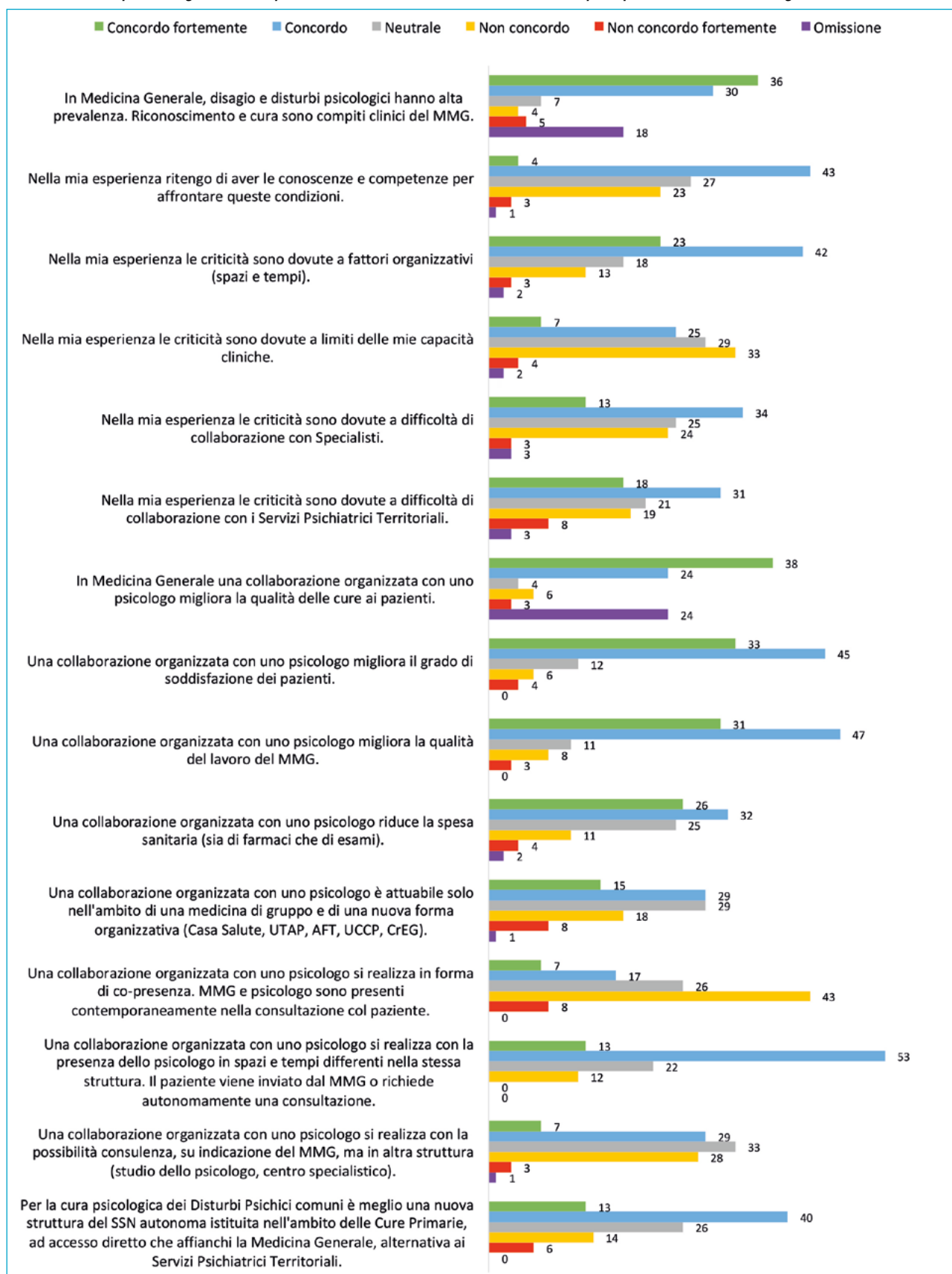
TABELLA II.

Presenza percentuale delle risposte più rilevanti alle domande poste nei focus group e confronto tra MMG esperti e specializzandi.

Domande	Risposte	MMG esperti (%)	MMG specializzandi (%)
1. Quali ruoli e funzioni dovrebbe avere un MMG per essere considerato un buon medico?	A. Saper dare continuità alla storia clinica del paziente	12,50	0
	B. Fare star bene il paziente	6,25	0
	C. Avere un ruolo di prevenzione ed educazione	0	16,22
	D. Avere competenza scientifica	12,50	16,22
	E. Essere empatico e disponibile	43,75	43,24
	F. Saper costruire una relazione di fiducia	12,50	21,62
	G. Avere la capacità di inviare i pazienti ad altri professionisti in relazione alla diagnosi posta	12,50	2,70
2. Quali sono le difficoltà principali incontrate nella vostra pratica clinica?	A. Dare una prognosi al paziente	0	2,44
	B. Difficoltà culturali	11,11	2,44
	C. Ruolo multiplo del medico (che non è solo curante ma anche confessore dei problemi del paziente)	7,41	2,44
	D. Gestione della relazione del paziente	3,70	17,07
	E. Richieste insistenti/maleducazione dei pazienti	22,22	41,46
	F. Relazione con altri specialisti	7,41	7,32
	G. Tempo dedicato al paziente	48,15	26,83
3. Come affrontate le difficoltà precedentemente espresse?	A. Smettendo di prendere in carico il paziente	18,18	0
	B. Separando il più possibile lavoro e vita privata	9,09	2,78
	C. Prendendo parte a corsi inerenti il miglioramento della comunicazione tra medico e paziente	0	2,78
	D. Rimanendo aggiornati professionalmente	0	11,11
	E. Cercando supporto tra colleghi	27,27	19,44
	F. Organizzando bene aspetti pratici (come la burocrazia)	27,27	38,89
	G. Educando il paziente a una relazione di fiducia	18,18	25
4. I MMG solitamente sono i primi referenti della sofferenza del paziente. Come entrate in relazione con questo tipo di sofferenza umana?	A. Cercando aiuto da psicologi e psichiatri	9,09	0
	B. Rielaborando e riflettendo sul caso in un secondo momento	9,09	14,29
	C. Dando consigli al paziente	27,27	14,29
	D. Ascoltando il paziente	27,27	35,71
	E. Entrando in empatia con il paziente	27,27	35,71
5. Avete mai avuto la possibilità di collaborare con uno psicologo? Che tipo di opportunità e risorse ci possono essere nella gestione del paziente?	A. C'è stato un invio del paziente a uno psicologo	100	75
	B. Sono entrato in contatto con uno psicologo durante dei corsi di formazione per medici	0	25
6. Cosa pensate riguardo alla collaborazione tra MMG e psicologo insieme nello stesso momento e nello stesso luogo nel ricevere il paziente?	A. Sono parzialmente favorevole	37,50	14,29
	B. Non sono favorevole	37,50	77,14
	C. Sono dubbioso	25	8,57

TABELLA III.

Percentuali di risposta a ogni item del questionario somministrato ai 119 medici tra quelli presenti al XXXIII Convegno SIMG.



Una tendenziale concordanza di atteggiamenti si evidenzia per alcuni aspetti: le percentuali indicano, con trascurabili differenze, che i componenti dei due gruppi di MMG si considerano coinvolti nei bisogni sia fisici che psicologici del paziente. Per esempio, la maggioranza dei MMG considera ascolto ed empatia come abilità importanti, senza alcuna differenza tra i due gruppi (43,75% i MMG esperti; 43,24% i MMG in formazione). Questi fattori sono confermati anche dalle variabili identificate dalle domande sui ruoli del "buon MMG" che includono l'abilità di costruire una buona relazione di fiducia (12,50% per i MMG esperti; 21,62% per i MMG in formazione).

Si rileva invece una differenziazione di atteggiamenti per altri aspetti: la considerazione della relazione terapeutica viene giudicata imprescindibile dal lavoro clinico soprattutto dai medici con più esperienza; i MMG in formazione invece mostrano una maggiore vicinanza a prassi più tecniche che potrebbero fare sentire loro più sicuri nell'interazione con il paziente. Anche se ogni MMG considera l'approccio biopsicosociale utile per interagire con il paziente, sembrerebbe che l'applicazione nella pratica corrente di questo modello incontri forti difficoltà, connesse prevalentemente alla gestione del tempo per i medici esperti (48,15% vs 26,83% dei medici in formazione) e alle modalità di richiesta del paziente percepite come scortesie (come pretese eccessive di diagnosi immediata o di prescrizione) specie per i medici in formazione (41,46% vs 22,22% per i MMG esperti). Questi fattori possono spiegare l'insoddisfazione sperimentata da medici e pazienti nella relazione terapeutica. Di fronte alla difficoltà di una concreta implementazione di un approccio biopsicosociale nella pratica clinica corrente le proposte rilevate dai MMG dei nostri *focus group* non sembrano contemplare, come strategia d'aiuto, la possibile collaborazione con lo psicologo (solo il 9,09% dei MMG esperti contempla l'aiuto di uno psichiatra o di uno psicologo per una consulenza su di un paziente). Coerentemente con questa tendenza, anche il modello di cooperazione proposto da Solano⁵, con la presenza dello psicologo nello stesso studio del MMG durante le consultazioni mediche, non è stato ritenuto utile dai soggetti coinvolti nei *focus group*: si è espresso in una

posizione parziale rispetto a tale modello di copresenza solo il 37,50% dei MMG esperti e il 14,29% dei MMG in formazione.

I risultati del secondo studio mettono in evidenza come la maggioranza dei medici che hanno risposto al questionario sia d'accordo nell'affermare la presenza di criticità per la gestione di problematiche psicologiche nel proprio lavoro, percepite solo parzialmente legate a un problema di conoscenze e competenze. Più rilevanti sono considerate le criticità legate a fattori organizzativi di tempo e spazi, 42%; il 34% concorda sulle difficoltà di collaborazione con specialisti mentre il 31% con le difficoltà di collaborazione con i servizi psichiatrici territoriali. Circa la possibilità di una stabile collaborazione con uno psicologo che preveda una integrazione di tale figura insieme a quella del MMG nella cura dei pazienti, il 47% dei MMG concorda per quanto concerne le possibilità di miglioramento di qualità del lavoro. Inoltre, si rileva come l'aiuto collaborativo con uno psicologo incontri consenso anche in un'ottica di miglioramento della qualità di cura dei pazienti (per il 38%), del grado di soddisfazione dei pazienti (per il 45%) e di riduzione della spesa sanitaria (per il 32%).

Tuttavia, nonostante l'atteggiamento positivo verso l'ipotesi di collaborazione con la figura professionale dello psicologo, tra i diversi modelli di integrazione possibili proposti nel questionario i medici sembrano non gradire l'implementazione di un modello di copresenza come proposta da Solano: il 43% dei medici infatti non è d'accordo sulla contemporanea presenza durante la consultazione di medico e psicologo. Più della metà (53%) predilige una collaborazione che si realizza non in copresenza ma con l'invio del paziente allo psicologo in spazi e tempi differenti nella stessa struttura, mentre il 40% dei medici concorda con l'ipotesi di una nuova struttura del Sistema Sanitario Nazionale istituita nell'ambito delle Cure Primarie che affianchi la Medicina Generale, per la cura dei disturbi psichici.

La modalità di supporto al paziente che prevede maggiore presenza e interazione con la figura dello psicologo è quella percepita con minor favore da parte dei medici. Ciò risulta comunque coerente con l'affermazione verso cui i medici concordano (30%) e concordano fortemente (36%) che il rico-

noscimento del disagio e dei disturbi psicologici in ambito di Medicina Generale siano compiti clinici del MMG. Questo atteggiamento sembra riaffermare la percezione che hanno i medici di avere in sé le capacità e le risorse di gestione globale dei bisogni di cura dei propri pazienti e di considerare la collaborazione con lo psicologo come opzione aggiuntiva piuttosto che come integrazione clinica funzionale e strutturale.

Riassumendo, entrambi gli studi sottolineano un atteggiamento sì positivo dei medici verso la possibilità di collaborazione con uno psicologo per un approccio biopsicosociale al paziente, ma con una ridotta motivazione a modelli di integrazione più stretta. Tale mancanza di consenso pieno sembra riflettere, come già evidenziato nell'introduzione, l'oggettiva separazione che ancora sussiste nella cultura professionale sia dei medici e sia degli psicologi italiani, la difficoltà di un dialogo più aperto e articolato tra scienza medica e psicologica, la carenza di esperienze, sperimentazione e valutazione dei possibili modelli di integrazione. Anche da parte degli psicologi vi sono errori di impostazione e resistenze. Come ricorda Minervino⁸, tentativi di conciliare i due mondi ne sono stati fatti nel corso della storia. Pensiamo al lavoro di Balint, ai gruppi attualmente attivi o alla medicina psicosomatica, solo per citarne alcuni. Tuttavia si potrebbe ravvisare un vizio di fondo da parte degli esperti della sfera psicologica, una premessa epistemica discutibile secondo la quale alla base del fallimento collaborativo: «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». Possiamo aggiungere che a questo atteggiamento da parte degli psicologi se ne può trovare un altro, opposto ma non meno inutile e pericoloso, cioè quello di entrare in punta di piedi nella medicina con il solo obiettivo di ricevere degli invii. Risulta evidente che entrambi questi atteggiamenti, di supponenza e sudditanza, escludono a priori la possibilità di una reale collaborazione, mentre un setting di copresenza potrebbe offrire l'opportunità di un confron-

to sul campo tra professionisti con paradigmi e metodologie diverse alla ricerca di fattibili modelli di integrazione. Al paziente verrebbe offerta la possibilità di ricomporre nell'immediato mente e corpo, ricevendo una risposta globale e non frammentata ai propri bisogni di cura. Si potrebbe pertanto concludere che i risultati dei due studi indichino la necessità di una rielaborazione del modello clinico della Medicina Generale. Fino a ora il MMG sensibile a una prospettiva clinica biopsicosociale, ha considerato che questa potesse avvenire esclusivamente nella relazione terapeutica diadica medico-paziente, ritenendo che capacità di comunicazione, empatia, formazione, esperienza, vicinanza e continuità col paziente fossero gli elementi sufficienti per realizzarla. Superando questa sorta di concezione di ruolo "esclusivo", i MMG potrebbero ampliare la loro prospettiva biopsicosociale sperimentando modelli di forte integrazione con gli psicologi, con l'obiettivo di una comprensione dinamica e integrata dei bisogni medici e psicologici dei pazienti e la proposta di percorsi di cura nei quali la relazione terapeutica diadica medico-paziente continui a essere elemento strategico centrale, ma che si estenda e si integri con funzioni e competenze psicologiche specifiche. Queste ultime non sarebbero sostitutive della prassi clinica del MMG, ma intercetterebbero bisogni di salute ora non accolti e riconosciuti e fornendo risposte che nel sistema di cure primarie attuale non sono offerte. La integrazione professionale con lo psicologo potrebbe allargare lo spettro di interventi biopsicosociali attuabili nelle cure primarie, in particolare educativi-informativi, preventivi, di counseling, di aiuto in condizioni di sofferenza psicologica legata a eventi di vita, di gestione degli aspetti psicologici delle malattie croniche. Il medesimo sforzo di ridefinizione di paradigmi ruoli e prassi è richiesto anche agli psicologi che intendono confrontarsi e integrarsi con i medici delle cure primarie. La psicologia è chiamata a una miglior com-

preensione delle peculiarità del setting medico, elaborando modalità, capacità e tecniche di intervento più adatti a questa realtà e costruendo con intelligenza e pazienza una reale integrazione teorica e operativa con l'operato e la missione del MMG. Il fine comune cui è necessario mirare è una presa in carico globale del paziente. Si tratta di passare da una generica considerazione sul piano ideale del modello biopsicosociale a una sua concreta sperimentazione nella pratica clinica corrente, consapevoli della complessità del modello e dei condizionamenti del contesto organizzativo e delle politiche sanitarie.

La difficoltà di un simile processo si è segnalata in occasione della approvazione del "Decreto Calabria", che prevede la possibilità della presenza di uno psicologo, in particolari condizioni, all'interno di forme organizzate della Medicina Generale. Il dibattito che ne è seguito ha evidenziato posizioni e sensibilità molto diverse sia nel mondo medico sia tra gli psicologi. Sul versante medico sono prevalse reazioni critiche, prevalentemente sul piano delle scelte di politica ed economia sanitaria, alcune di rifiuto di ogni ipotesi di collaborazione, con la rivendicazione della capacità di gestione autonoma della componente psicologica della cura, altre con posizioni meno rigide ma che sottolineano la priorità di altre collaborazioni (personale infermieristico o di segreteria) e di altri modelli organizzativi (Comunicati, FIMMG, SNAMI)⁹. Fra gli psicologi si sono registrati pareri decisamente favorevoli e posizioni che segnalavano anche la genericità e la scarsa definizione del provvedimento^{10,11}.

Questi elementi, più organizzativi, strutturali e di ruolo professionale, se considerati insieme agli elementi teorici e clinici evidenziati in precedenza confermano in modo inequivocabile come il processo di integrazione tra medici e psicologi nelle cure primarie non possa avvenire per decreto, ma progressivamente strutturarsi solo attraverso esperienze caratterizzate da una conti-

nua riflessione sulla teoria e sulle tecniche adottate, sperimentazioni condotte nel contesto reale delle cure primarie, producendo le evidenze necessarie alla definizione di professionalità e modelli organizzativi di cura migliori e a scelte di politica sanitaria e di allocazione di risorse più vicine ai bisogni di salute delle persone.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi.

Bibliografia

- Engel GL. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science 1977;196:129-36.
- Engel GL. *The biopsychosocial model and the education of health professionals*. Ann NY Acad Sci 1978;310:169-81.
- Mead N, Bower P. *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*. Soc Sci Med 2000;51:1087-110.
- Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. *Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction*. Pediatrics 1968;42:855-71.
- Solano L. *The family physician and the psychologist in the office together: a response to fragmentation*. Men Heal Fam Med 2009;6:91-8.
- VERBI Software. *MAXQDA*. Berlin 2010.
- Mayring P. *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt 2014.
- Minervino A. *Il ruolo terapeutico del medico*. Il ruolo terapeutico 1995;70:14-8.
- Quotidianosanità.it. *Psicologi negli studi dei Mmg. No da Fimmg e Sumai*. www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=75226.
- Quotidianosanità.it. *Lo psicologo "entra" negli studi dei medici di famiglia. Ecco come interagirà nell'équipe*. www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=75173.
- Altrapsicologia.it. *Psicologo di base: La reincarnazione?* www.altrapsicologia.it/editoriali/unaltra-resurrezione-per-lo-psicologo-di-base.