LO PSICOLOGO NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI BASE: RESOCONTO DI UN'ESPERIENZA

Fabbri Ilaria * e Isirdi Fabio **

(* Fabbri Ilaria Psicologa e Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia della Salute
**** Isirdi Fabio Medico Chirurgo, Medico di Medicina Generale convenzionato SST Area Vasta Sud Est)**

Introduzione

L'ambulatorio di Medicina Generale viene definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come il primo livello di contatto per il cittadino con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), quindi come l'elemento più vicino e più accessibile di un processo continuo di protezione sanitaria rivolto a tutti. Da questa definizione si evince che il sistema delle cure primarie si basa su criteri fondamentali di *accessibilità, continuità assistenziale* ed *equità sociale* relativamente alle prestazioni sanitarie, incluse quelle di salute mentale (WHO, 1990). Altre definizioni descrivono la medicina di base come il *processo-chiave* dell'intera assistenza sanitaria odierna, strutturata in modo tale da poter intercettare profondi e a volte complessi bisogni di salute delle persone, coinvolgendo e coordinando poi eventuali livelli successivi di prestazione assistenziale (Liuzzi, 2016).

L'ambito delle cure primarie è noto in letteratura per essere caratterizzato dalla presenza massiccia di sintomatologia eterogenea, comorbidità, compresenza di problematiche di vario genere e di innumerevoli disturbi psichici così detti sotto "soglia". Un mix di tale complessità rende evidenti i limiti di una visione strettamente organicistica e richiede quindi necessariamente un modello di riferimento basato su una prospettiva olistica della persona, come quello biopsicosociale (Engel, 1977; 1980) nel quale *salute* e *malattia* vengono considerate il risultato della complessa interazione tra variabili di vario tipo.

E' noto ormai in letteratura come più del 50% delle visite effettuate nell'ambito della medicina di base non riguardi patologie prettamente fisiche, ma possa essere considerata la manifestazione di sintomi di depressione, ansia, disturbi di somatizzazione o altro, ovvero di un disagio psico-socio-familiare o relazionale che trova nel sintomo corporeo la sua espressione principale (Balint, 1961; Katon, 1985; Solano, 2011; Liuzzi, 2016). Blount già nel 2003 riportava i dieci sintomi fisici riferiti più frequentemente nelle cure primarie, contraddistinti da un'evidente componente psicologica: dolore al petto, stanchezza, capogiri, mal di testa, edemi, dorsopatia, respiro corto, insonnia, dolore addominale, insensibilità ad una parte del corpo. Più recentemente si è riscontrato che i disturbi somatici, o somatoformi, rappresentano la prima causa di visita nell'ambulatorio del medico di base da parte di pazienti che si caratterizzano anche per essere alti utilizzatori in genere di servizi sanitari di vario livello, tra cui ospedalizzazioni, interventi chirurgici e trattamenti diversi che non sempre si rivelano utili (Liuzzi, 2016).

Il sintomo organico infatti non è necessariamente un indicatore di malattia, ma può rappresentare un tentativo di connessione tra sistemi verbali e non verbali, una sorta di "strumento" dal valore comunicativo importante che merita di essere accolto e compreso, prima che si strutturi come patologia effettiva (Solano, 2011). La tradizione anglosassone ha coniato l'acronimo MUS (Medically Unexplained Symptoms) per indicare una categoria molto ampia di disturbi somatici la cui origine non è nota, ma che possono manifestarsi sia come sintomi in assenza di patologia, sia come amplificazione del quadro clinico in presenza di una malattia di scarsa gravità. Essi possono colpire tutte le parti del corpo e le sue funzioni, la loro gestione è affidata quasi interamente ai medici di base e vengono percepiti come altamente confusivi e frustranti per i sanitari che, in questi casi, riscontrano insufficienti i loro tentativi di rassicurazione sul piano biomedico (Liuzzi, 2016). I pazienti che presentano MUS necessitano sicuramente di ricevere spiegazioni mediche, ma chiedono anche ascolto empatico e supporto emotivo rispetto alla loro condizione. Secondo Baldoni (2010) infatti, questi utenti si rivolgerebbero al loro medico non solo per essere curati dei loro sintomi, ma anche per comunicare che si sentono in difficoltà e che quindi hanno bisogno di attenzione. Queste considerazioni sono state consolidate anche da altre ricerche, secondo le quali i pazienti che soffrono

di dolori cronici vorrebbero che il medico di base fornisse loro spiegazioni tecniche, li curasse, accogliesse il loro bisogno psicologico e li informasse su come proseguire un eventuale percorso terapeutico (Kirby et al., 2009).
Creare quindi uno "spazio" per il riconoscimento e l'elaborazione del significato simbolico celato nel sintomo fisico (che non ha adeguata causa organica) sarebbe fondamentale, offrendo al paziente la possibilità dell'incontro con uno psicologo ancora prima che egli possa formularne una richiesta specifica. Ciò porterebbe all'utilizzo della professionalità psicologica da parte di persone che probabilmente non formulerebbero una domanda autonoma in tal senso (Solano, 2011). Molti soggetti potrebbero essere infatti estremamente riluttanti rispetto alla possibilità di essere inviati ad uno psicologo o ad uno psichiatra per il trattamento di un disturbo che essi ritengono prettamente fisico. Viceversa, si riscontra che ricevere un trattamento nell'ambito delle cure primarie, in prossimità e in stretta collaborazione con esse, promuove una presa in carico precoce e quindi sicuramente più efficace (Liuzzi, 2016).
Alcuni autori sostengono che l'integrazione tra medicina generale e psicologia rappresenti una buona risorsa per la promozione della salute (Fisher e Dickinson, 2014). Secondo altre ricerche l'evidenza scientifica sui benefici che la popolazione generale può trarre dalla collaborazione tra medico e psicologo è tale per cui non importa la modalità con cui essa viene svolta, purché sia realizzata (Miller at al., 2014). La collaborazione tra medicina di base e psicologia è ormai una realtà in Gran Bretagna dove ben l'88% degli ambulatori di medicina generale è in grado di fornire ai propri pazienti un servizio di psicologia delle cure primarie, ma lo è già anche in altri contesti come quelli statunitensi e canadesi (Brettle et al., 2008).
Negli ultimi decenni anche in Italia sono state promosse esperienze di affiancamento tra psicologi e medici di base. La più nota di queste è probabilmente quella della Scuola di Psicologia della Salute di Roma (Solano, 2011), ma la figura professionale dello psicologo è stata introdotta anche a Bologna, presso alcune Case della Salute, mentre a Torino è attivo dal 2012 un progetto-pilota di collaborazione tra medico di medicina generale e psicologo (Liuzzi, 2016). La nostra esperienza di affiancamento e collaborazione può essere inserita in questa logica di sperimentazione.

Caratteristiche della nostra esperienza

La nostra collaborazione è iniziata nell'Aprile del 2011. Il modello teorico di riferimento è quello biopsicosociale. Il nucleo centrale, che si è mantenuto intatto nel tempo e che ha rappresentato il perno attorno al quale si è sviluppato l'intero progetto, è stata la copresenza delle due figure professionali durante il normale orario di visita: ciò ha comportato che la psicologa affiancasse il medico in ambulatorio, nello svolgimento del suo lavoro, per almeno una volta a settimana e che, al pari di altri operatori sanitari, indossasse il camice bianco sul quale erano visibili nome, cognome e qualifica professionale, in modo da renderla riconoscibile ed identificabile agli occhi degli assistiti.

La prima fase

La fase iniziale della nostra esperienza è stata dedicata prevalentemente all'osservazione, alla conoscenza e all'adattamento. L'ambulatorio di Medicina Generale è infatti un setting molto diverso da quello a cui generalmente è abituato uno psicologo. McDaniel e deGruy III (2014) lo definiscono un contesto:

- *fast-moving,* perché ogni visita dura circa quindici minuti;
- *chaotic,*in quanto il medico viene interrotto spesso e costretto a passaggi continui tra una cartella e l'altra per seguire le urgenze che progressivamente si presentano;
- *complicated,* dati i numerosi e difficili casi clinici gestiti contemporaneamente;
- *team-based,* perché promuove la multidisciplinarietà e la collaborazione tra figure professionali diverse;
- *multimodal,* perché ricorre a una varietà di mezzi (visita di persona, uso del computer, telefonate…);
- dislocato su *many settings,* perché si dipana fisicamente in ambienti diversi (ambulatorio, ospedale, domicilio del paziente…).

Questa descrizione si rivela davvero molto aderente alla realtà: il livello di pressione che può venirsi a creare da un momento all'altro durante il tempo di visita è notevole, tanto che, spesso, non è possibile dialogare, neppure nel passaggio tra un paziente e l'altro. Nella nostra esperienza abbiamo superato questo limite ritagliando del tempo a fine ambulatorio da dedicare agli scambi comunicativi: questo momento si è dimostrato molto importante, perché ha rappresentato fin dall'inizio uno spazio utile per condividere impressioni e fare domande, non possibili in altri momenti, visto il ritmo convulso delle attività ambulatoriali.
L'obiettivo in questa prima fase di osservazione e adattamento è stato quello di costruire e consolidare il rapporto professionale e umano tra il medico e la psicologa e, a cascata, con tutti gli altri membri dello staff (altri due medici di base, un'infermiera e due segretarie che gestiscono gli appuntamenti).

La seconda fase

La seconda fase della nostra collaborazione ha visto la nascita di una vera e propria attività clinica, offerta in forma gratuita all'utenza durante i primi dodici mesi di esperienza pilota e poi trasformata in esercizio libero professionale a prezzi calmierati.
Il protocollo di assessment utilizzato prevede circa cinque-sei colloqui clinici, durante i quali viene esplorata la sintomatologia del paziente e la sua storia di vita, con particolare attenzione alla qualità delle relazioni familiari, amicali ed affettive. Al sesto-settimo incontro avviene una *restituzione* ed eventualmente una proposta di intervento terapeutico. Un protocollo sì fatto si è dimostrato particolarmente fruibile all'interno di un contesto di medicina generale, perché mantiene la distinzione tra *consultazione* e *intervento terapeutico* vero e proprio, prevede un numero di colloqui clinici sufficiente per l'acquisizione di informazioni utili al ragionamento diagnostico e rende possibile anche la somministrazione di alcuni test psicometrici e grafici, che possono essere di grande supporto per la conoscenza sui soggetti.
L'invio dei pazienti avviene prevalentemente da parte del medico, anche se qualche volta è successo che, durante l'affiancamento in ambulatorio, una breve spiegazione circa il ruolo della psicologa o un piccolo intervento esplicativo sul sintomo aprano la possibilità di una consultazione psicologica.
Una prerogativa di questo protocollo è la comunicazione e lo scambio di informazioni tecniche tra medico e psicologa, sebbene, ovviamente, questo avvenga nel rispetto della privacy e del consenso informato da parte del paziente, che, almeno per la nostra esperienza, di solito riferisce di sentirsene molto rassicurato. Una comunicazione diretta e continuativa tra il proprio medico (che gode di fiducia) e la psicologa viene vissuta infatti come segno tangibile di una presa in carico solida e totale, a fronte invece della fastidiosa sensazione soggettiva di essere " scaricati" che i pazienti possono

provare quando vengono inviati a degli specialisti.

Alcuni dati sulla popolazione coinvolta

Dal 2011 ad oggi, sono stati presi in carico con questo protocollo 44 pazienti. Di questi, 26 persone sono giunte alla consultazione psicologica grazie ad un suggerimento esplicito da parte del medico (59%). 13 di loro hanno formulato una richiesta diretta di supporto psicologico durante la visita in ambulatorio (29,5%) e per 4 di loro (11,5%) è stato possibile ripensare la sintomatologia fisica in termini biopsicosociali, grazie alla presenza della psicologa nello studio di medicina generale: ciò ha permesso una successiva richiesta esplicita di consulenza psicologica (Grafico 1)

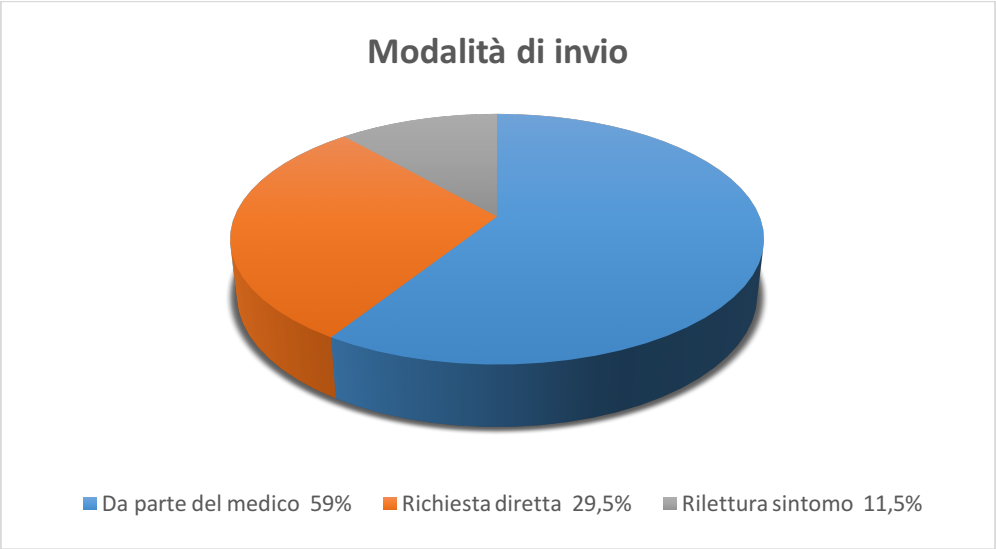

Grafico 1: Schematizzazione delle modalità di invio alla consultazione psicologica

Il punto di partenza per la presa in carico psicologica è stata sempre la presenza di malessere fisico, anche per quei 7 soggetti (16%) che riferivano e focalizzavano prevalentemente su una situazione psicosociale di cattivo adattamento. Su 44 pazienti totali, 29 di loro (66%) presentavano disturbi somatici vari, tra cui alterazione del funzionamento gastro-intestinale o pressorio, cefalea, dolori e tensioni muscolo-scheletriche, alterazione del sonno e/o dell'appetito, disfunzioni sessuali, ma anche ideazioni ipocondriache e focalizzazioni sul corpo di diverso tipo. Per 4 pazienti (9%) la consultazione psicologica è stata contingente ad uno stato di malattia (neoplasia, sclerosi multipla, setticemia); in 4 casi (9%) si è trattato di un intervento di psicoeducazione finalizzato allo sviluppo di stili di vita più salutari (fumo, peso corporeo, igiene del sonno). Questi dati sono riportati nel grafico 2.

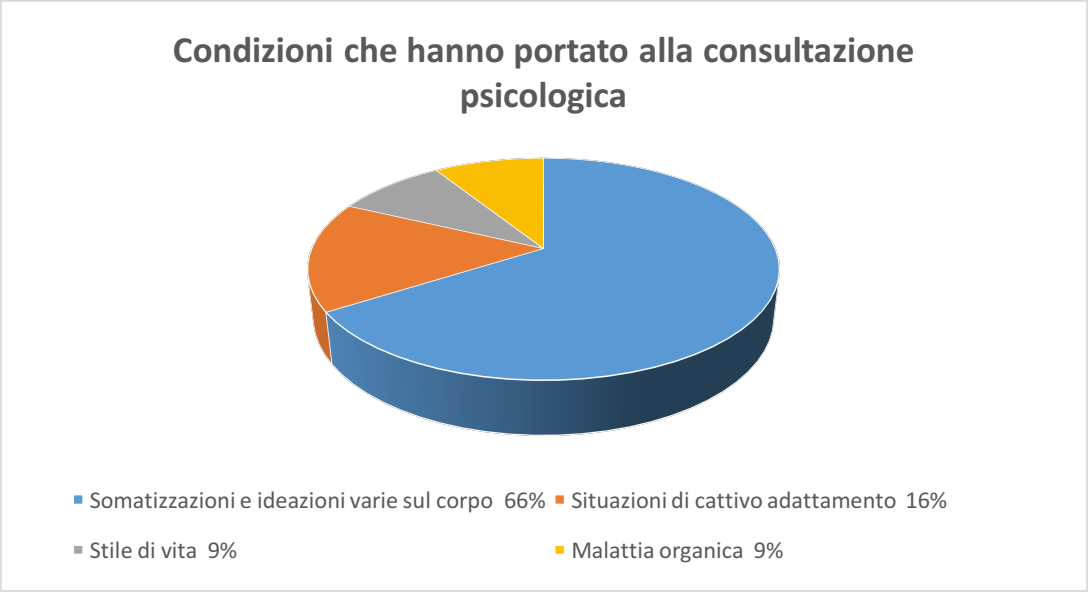

Grafico 2: Le condizioni che hanno reso possibile la consultazione psicologica

Per quanto riguarda invece la tipologia degli interventi effettuati si è trattato principalmente di counselling psicologico finalizzato ad uno specifico obiettivo condiviso con il soggetto preso in carico (24 casi pari al 54,5%). In 20 casi invece (45,5%) l'intervento è stata una vera e propria psicoterapia modulata sui bisogni e le caratteristiche della persona, secondo un modello teorico integrato. Questo tipo di approccio è risultato molto adeguato al contesto della medicina generale, in quanto flessibile e arricchito da input appartenenti a più modelli teorici (Grafico 3).

Gradico 3: Le tipologie d'intervento psicologico effettuato

Conclusioni

Questa esperienza di affiancamento e collaborazione tra medico di Medicina Generale e psicologa nasce dalla considerazione che il *corpo* e *tutte le sue funzioni* siano centrali, sebbene non sempre in

maniera consapevole, nell'ideazione e nel vissuto delle persone. Ciò comporta che essi rappresentino un "territorio" condiviso e condivisibile tra Medicina e Psicologia, due discipline che hanno in comune l'obiettivo di curare, prevenire e promuovere la salute in tutte le sue più ampie sfumature. Per un medico di Medicina Generale ovviamente non è possibile prescindere dalla fisicità e dalle sue varie manifestazioni, viceversa questo ambito si prospetta decisamente più insolito per uno psicologo, che però può apportare contributi interessanti alla diagnosi e alla professione medica grazie alla sua competenza relazionale.

Uno di questi apporti è rappresentato sicuramente da una diversa capacità di *lettura del sintomo organico*, che può così venir inquadrato anche in riferimento al contesto personalogico, relazionale e della fase del ciclo di vita che la persona sta attraversando in quel determinato momento. Bisogna considerare anche la possibilità che una lettura più ampia del sintomo non sia d'interesse per tutti i medici, perché interpretata magari come un ulteriore carico di lavoro se non come una "perdita di tempo" e quindi considerata inutile, se non addirittura dannosa, all'interno del proprio contesto lavorativo. Ciò sarebbe plausibile anche in considerazione del fatto che non tutti i medici dispongono in realtà delle competenze relazionali necessarie a gestire adeguatamente questo aspetto, soprattutto in assenza di una formazione specifica in tal senso che non sempre è prevista durante e dopo il percorso universitario. Questa è la ragione per cui, almeno nella nostra esperienza, l'affiancamento tra i due professionisti è risultato particolarmente utile e funzionale: là dove il medico non può sufficientemente addentrarsi, anche semplicemente per mancanza di tempo, può intervenire tempestivamente lo psicologo, sia con la presenza concreta dentro l'ambulatorio durante l'orario di visita, che successivamente in un'eventuale consultazione psicologica. Ciò a nostro avviso permette di migliorare il rapporto con il paziente, incrementando il livello di soddisfazione di quest'ultimo e la percezione di essere stato preso in carico con la dovuta attenzione.

Nella nostra esperienza, gli assistiti che si sono sentiti sufficientemente rassicurati e accolti si sono rivelati anche maggiormente collaborativi, più complianti e consapevoli, quindi meglio disposti verso il medico e la terapia, qualunque essa fosse. Una tale dinamica, una volta innescata, potenzialmente può apportare miglioramenti anche sul vissuto soggettivo del curante, rappresentando per lui la possibilità di alleggerirsi almeno di certi aspetti e correre così minori rischi di cadere in burn out. Nel nostro caso anche la prossimità concreta e lo scambio comunicativo continuo con la psicologa ha permesso al medico di avere a disposizione uno spazio di elaborazione dei suoi vissuti soggettivi, una sorta di *debriefing* facilmente accessibile, sempre a disposizione tutte le volte che se ne è verificato il bisogno.

L'aspetto di questa collaborazione che merita di essere maggiormente messo in rilievo è, secondo noi, la possibilità di leggere in termini biopsicosociali una buona parte dei sintomi fisici riportati dai pazienti e, di conseguenza, la potenziale precocità di presa in carico degli stessi. Come si evince dai dati riportati in precedenza, su 44 casi complessivamente seguiti in questi anni, per 24 soggetti (che rappresentano il 54,5% del totale) si è trattato di un intervento breve e circoscritto, focalizzato sul *qui ed ora* rispetto alla problematica individuata, quindi un trattamento assimilabile ad un counselling psicologico. Per gli altri 20 casi presi in carico (pari al 45,5% del totale) invece si è reso necessario un vero e proprio percorso di psicoterapia, dal momento che la lettura del sintomo organico in chiave biopsicosociale ha messo in luce un bisogno di aiuto più strutturato e profondo, condiviso dal paziente stesso.

Il panorama scientifico ha messo ampiamente in evidenza che ad una maggiore precocità degli interventi psicologici corrisponde una migliore risoluzione degli stessi e che la presenza di uno

psicologo dentro l'ambulatorio del medico di base, o in stretta prossimità con esso, consente di individuare, riconoscere e prendere in carico situazioni che, seguendo il collaudato iter dell'invio esterno, probabilmente verrebbero viste molto più tardi oppure non giungerebbero mai all'attenzione di un professionista della salute mentale (Kates et al., 2011; Miller et al., 2011; Solano, 2011). Questo ultimo aspetto deve far riflettere su quanto l'integrazione tra queste due discipline, Medicina e Psicologia, possa essere utile e proficua in termini sempre più ampi di promozione della salute e su quanto, al contrario, il modello biomedico, che persegue una rigida dicotomia tra corpo e psiche e pertanto opera inevitabilmente una certa semplificazione, non sia più sufficiente ad inquadrare la complessità via via crescente dei nostri modi di vivere e della nostra socialità.

Secondo la nostra esperienza, un altro degli aspetti innovativi e vincenti della creazione di un contesto di collaborazione tra medico e psicologo consiste nel delineare chiaramente l'ascolto psicologico come un qualcosa che è *previsto per tutti*. Secondo i nostri principi ispiratori, infatti, l'obiettivo è stato quello di approcciare le situazioni leggendole in termini di problemi da risolvere e non di patologie da identificare. Si tratta cioè di trovare il senso di un sintomo, di riferirlo al contesto sociale e familiare della persona, di inserirlo nel momento particolare del suo ciclo di vita, cercando di attivare o recuperare le risorse psicologiche di quel soggetto. In altre parole, si tratta di accogliere il disagio emotivo nella sua forma embrionale, prima che si strutturi producendo modificazioni intrapsichiche croniche ormai relativamente indipendenti dalle situazioni relazionali da cui ha avuto origine: un tipo di intervento che può essere pensato *per tutti,* estraneo da eventuali stigmatizzazioni.Se l'ambulatorio di Medicina Generale può essere considerato l'elemento più vicino e più accessibile di un processo continuo di protezione sanitaria rivolto a tutti (citando ancora una volta la definizione dell'OMS riportata precedentemente), allora lo psicologo che collabora e rappresenta una presenza attiva al suo interno non può che essere immaginato come un professionista utile e a disposizione per tutti.

Bibliografia

Baldoni F. (2010) *La prospettiva psicosomatica.* Bologna, Il Mulino

Balint M. (1961) *Medico, paziente e malattia.* Milano, Feltrinelli

Blount A. (2003) Integrated primary care: Organizing the evidence. *Family, Systems and Health, 21:* pp. 121-133

Brettle A., Hill A., Jenkins P. (2008) Counselling in Primary Care: a systematic review of the evidence. *Counselling and Psychoterapy Reasearch, 8:* pp. 207-214

Engel G.L. (1977) The need for a new medical model, a challange for biomedicine. *Science, 196:* pp. 129-136

Engel G.L. (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry, 137:* pp. 535-544

Fisher, L. e Dickinson, W. P. (2014) Psychology and Primary Care. New Collaborations for Providing Effect Care for Adults With Chronic Health Conditions. *American Psychologist, 69,* pp. 355- 363

Kates N., Crustolo A.M., Farrar S. e Nikolaou L. (2011). Integrating Mental Health Services into Primary Care: lessons learnt. *Families, Systems & Health, vol. 19,* n. 1

Katon W. (1985) Somatization in Primary Care. *Journal of Family Practice, 21:* pp. 257-258

Kirby K., Dunwoody L., Millar (2009). What type of service provision do patients with chronic pain from primary care providers? *Disability and Rehabilitation, 31:* pp. 1514-1519

Liuzzi M. (2016) *La Psicologia nelle cure primarie. Clinica, modelli di intervento e buone pratiche.* Bologna, Il Mulino

McDaniel, S. H. e deGruy III, F. V. (2014) An Introduction to Primary Care and Psychology. *American Psychologist, 69,* pp. 325-331

Miller B. F., Bridget T., Phillips R., Petterson S., Bazemore A. (2011) The importance of time in treating Mental Health in Primary Care. *Families, Systems & Health, vol. 29, n.2,* pp. 144-145

Miller B. F., Petterson, S. e Teevan Burke, B. (2014) Proximity of Providers. Colocating Behavioral Health and Primary Care and the Prospects for an Integrated Workforce. *American Psychologist, 69,* p. 443-451

Solano L. (2011) *Dal sintomo alla persona. Medico e psicologo insieme per l'assistenza di base.* Milano, Franco Angeli

WHO (1990) *The introduction of a mental health component into primary care.* Geneva, WHO Publications

04/10/2018