

MEDICINA GENERALE E PSICOLOGIA

Luciano Giacci
Presidente SIMG - Chieti



Società
Italiana di
Medicina
Generale



STORIA DELLA MEDICINA GENERALE:

DA DOVE VIENE, DOVE VA



I MUTAMENTI DELLA MEDICINA

Nel corso del XIX secolo si assiste al trapasso dalla medicina ippocratica, galenica e naturalistica alla **medicina scientifica**, nata sull'onda delle rivoluzioni industriale, delle innovazioni tecnologiche e delle scoperte scientifiche.

Si riscopre il corpo nelle sue caratteristiche fisiche, chimiche, biologiche e concepito in interazione con l'ambiente.

Si trasformano i concetti di salute e malattia.

Si crea la metafora “**CORPO UGUALE MACCHINA**”



LA NUOVA MEDICINA

Non è più una disciplina umanistica, ma tecnico scientifica, orientata alla ricerca dell'oggettivo, fondato sulla separazione cartesiana tra mente e corpo, sulla ricerca della ricorrenza e della riproducibilità.

Si afferma il concetto della salute come diritto individuale da tutelare, parallelamente alla nascita delle democrazie moderne e delle carte costituzionali.



Valentiniano I (364-375): **ARCHIATRI POPOLARI**

Funzionari statali nominati per pubblico concorso, incaricati della cura gratuita dei poveri, cui era assegnata una circoscrizione territoriale di competenza.

Con le invasioni barbariche, furono la Chiesa e i conventi a gestire la medicina istituzionalizzata (medicina claustrale e monaci infirmarii) e, per diversi secoli, quelle case di ospitalità (hospitales) che solo nell' Ottocento si sarebbero trasformate da luoghi di carità in luoghi di cura scientifica.

Nel X secolo nasce la scuola medica di Salerno, seguita dalle facoltà di Padova e Bologna.

Federico II (1212-1250) istituì le prime università laiche e pretese una autorizzazione statale sia per il loro riconoscimento sia per l' esercizio della medicina.



Il **MEDICO CONDOTTO** compare fra l' XI e il XIII secolo: molti comuni e signorie, spinti da motivazioni pratiche (sanità pubblica e tranquillità sociale) e morali (carità cristiana), cominciarono ad assumere medici stipendiandoli per assistere gratuitamente i poveri delle città.

Dal 1711 in Piemonte venne istituito l' obbligo per i comuni più popolosi di assumere un medico condotto e un barbiere (chirurgo) per l' assistenza dei poveri.

Progressivamente si diffuse la condotta piena: il medico era assunto a tempo pieno, con stipendio fisso, senza limiti di orario, con obbligo di assistenza a tutti, senza pensione.



Dal 1888 (Leggi Crispi-Pagliarini) si istituì l'obbligo per i comuni di assumere un medico condotto e una levatrice residenti, di cui furono regolamentati diritti e doveri.

Nel 1904 venne stabilito l'accesso per concorso pubblico.

Nel 1887 fu creata la figura dell'**ufficiale sanitario**, figura autonoma, diretta emanazione periferica della direzione generale di sanità pubblica.

Di fatto nei piccoli comuni, per questioni economiche, questa funzione diventava un ulteriore compito del medico condotto che assumeva spesso nella comunità una sorta di ruolo di pastore di anime laico, non di rado in concorrenza con il parroco.



IL MEDICO DI CITTA'

Lavorava in libera professione e si recava quasi esclusivamente a domicilio dei suoi pazienti, soprattutto se benestanti.

È il precursore del medico di famiglia, custode e padre spirituale delle famiglie benestanti degli inizi del secolo scorso.

Nel corso del Novecento il termine di medico di famiglia assume la connotazione di un medico umano, confidente, orientato al nucleo, in prima fila nella battaglia contro le sofferenze del vivere quotidiano.



IL MEDICO DELLA MUTUA

Nasce ai primi del novecento con un intento nobile: provvedere all'assistenza sanitaria dei salariati che, non essendo iscritti negli elenchi dei poveri e non potendo usufruire delle prestazioni gratuite dei condotti, dovevano pagarsi qualsiasi prestazione medica. Negli anni 20 i datori di lavoro furono obbligati ad assicurare i propri dipendenti presso un ente mutualistico.

Il medico veniva retribuito con un compenso forfettario o a notula.

Le migliaia di enti furono unificati nell'INAM nel 1934, quando fu prevista l'assistenza anche per i famigliari dei lavoratori.

Rimasero autonomi gli enti degli insegnanti, impiegati statali, lavoratori dello spettacolo e altre categorie professionali.



Il medico della mutua era soprattutto cittadino, ma progressivamente molti medici condotti si accordarono con le mutue, per cui anche il medico condotto di campagna diventò mutualista.

Alle soglie della seconda guerra mondiale il panorama medico italiano era composto da:

- **medico condotto**, ricco di storia e di fama
- **medico di famiglia**, benestante, riferimento per la famiglia nucleare, nuova cellula sociale della nascente borghesia
- **medico della mutua**, più rivolto a dispensare farmaci alla popolazione cittadina e, nell'immagine collettiva, più orientato al guadagno che alla cultura o alla scienza.
- il **medico ospedaliero**, più colto e vicino al progresso scientifico
- il **medico specialista**, un generalista più versato in un campo specifico



IL DOPOGUERRA

Si rafforza e si consolida il sistema mutualistico:

INAM: malattie generiche

INPS: tubercolosi, invalidità, vecchiaia

INAIL: infortuni sul lavoro e malattie professionali

INADEL: dipendenti enti locali

ENPDEP: dipendenti degli enti di diritto pubblico

ENPALS: lavoratori dello spettacolo

ENPAS: lavoratori statali



Nel 1958 viene introdotta la **PICCOLA RIFORMA** che allargò il prontuario farmaceutico e fu causa di consumismo.

Il boom economico provocò la scoperta e la vendita sempre più massiccia di nuovi farmaci, con comparsa di corruzione e comparaggio.

Nel 1957 fu istituito il **Ministero della Sanità**.

Il medico della mutua campeggia in questo periodo: armato di penna e ricettario, orientato al cliente, dileggiato ma invidiato per il rapido arricchimento e la posizione sociale, diventa il medico degli italiani e con loro attraversa le mode sanitarie di massa, gestisce le relazioni con specialisti ed informatori.

Gli resta poco tempo per i temi della cultura medica e scientifica.



Ma questa figura resiste per decenni, immune a cambiamenti, riforme e anche alla forte satira sociale.

Probabilmente la gratuità, la generosa dispensazione di farmaci e di moderne prestazioni diagnostiche, la presenza costante al lavoro ne hanno affinato la capacità di marketing e la capacità di rispondere alle richieste della popolazione italiana.

Così si allarga lo iato tra la medicina colta e scientifica e quella mutualistica, sempre più ritenuta ignorante e orientata al guadagno.

Progressivamente gli ospedali diventano i custodi della salute del cittadino e perdono la fama di luoghi dove si va a morire, per diventare sempre più i templi della moderna sanità e della vittoria contro la malattia e la morte.



LA RIFORMA SANITARIA 833/78

L'assistenza sanitaria diviene universale e allargata a tutti i cittadini; scompaiono, dal punto di vista giuridico, il medico condotto e il mutualista.

Si definisce il reclutamento tramite punteggi e si impongono limiti territoriali.

Ma il ritardo culturale e scientifico degli ex medici della mutua e degli ex condotti porta ben presto a identificare il mmg come la longa manus della USL, assorbente le caratteristiche del medico della mutua, sempre più burocrate e compilatore di carte.

Parrebbe che il governo della sanità sia più preoccupato del controllo della spesa e normativo che non della formazione e della qualità delle cure.



IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

I trentamila convenzionati, confluiti dalle mutue nel SSN al primo accordo convenzionale, raddoppiano nel giro di 15 anni.

Gli ultimi 20 anni del millennio scorso sono connotati da un' indubbia crescita culturale e professionale del MMG.

Nascono diverse società scientifiche nazionali, che si affacciano nella realtà europea; cresce l' attenzione a temi culturali e scientifici che obbligano a precisare e approfondire la ricerca di uno statuto epistemologico della medicina generale.

L' Università da ultima sembra accorgersi della nascita di una nuova figura professionale ben diversa da quella del vecchio mutualista.



RIVOLUZIONE INDUSTRIALE - POSITIVISMO

POPOLAZIONE

OSPEDALE

EMPIRISMO

SCIENZA

UNIVERSITA' : forma su

malattia

sintomi

patogenesi

strategie di inquadramento

risoluzione

POSITIVISMO



- RICERCARE LA RELAZIONE CAUSALE
 - PRIVILEGIARE L' OGGETTIVO
 - SEMPLIFICAZIONE DEGLI EVENTI
- MALATO: PORTATORE INDIFFERENTE DELLA MALATTIA
 - PERDITA DELLA SOGGETTIVITA'



OSPEDALE

La storia dell' individuo malato, la sua esperienza esistenziale, è lasciata fuori dallo spazio-luogo dove si può conoscere.

Lo sguardo del medico non incontra il malato ma la sua malattia; nel corpo del malato il medico non legge una biografia, ma una patologia. La soggettività del paziente scompare dietro la ricerca dell' oggettività dei segni somatici, che a loro volta non rimandano a un ambiente, a un modo di vivere, a una serie di abitudini, ma a un quadro clinico, dove le differenze individuali che si ripercuotono sulla malattia si annullano dietro l' elenco dei sintomi che il medico classifica in entità morbose, come “un botanico classifica le piante” (Galimberti, 1983)



OSPEDALE – MEDICINA AMBULATORIALE

Privilegio della **DIAGNOSI** rispetto alla **PROGNOSI**

Per il medico ospedaliero la storia del paziente è il supporto per una puntualizzazione, ossia per fermare il fenomeno in un punto, in un luogo-spazio ben definito, non sbavato.

Per il MMG la stessa storia viene amplificata in una nuvola dai margini indeterminati, ma proiettata nel tempo futuro di ciò che sarà, da lì in avanti, la storia del paziente.

DIFFERENZA EPISTEMOLOGICA: categorizzazione oggettiva (universale, estranea al tempo) versus proiezione individuale (storicamente soggettiva e temporalmente dipendente).



UN PUNTO NELLO SPAZIO-DIVENIRE

Sul piano scientifico la medicina si struttura come **scienza della natura**, ossia è orientata all'analisi dei fenomeni biologici e alla derivazione di leggi generali caratterizzate dal potere previsionale e normativo.

Quando è calata sul piano applicativo essa si trova a dover utilizzare paradigmi caratteristici delle **scienze umane e storiche**, in base ai quali può essere in grado di integrare tutte le prospettive biologiche, psicologiche e sociali che si manifestano nel corso della consultazione per poter gestire al meglio gli irripetibili incontri medico-paziente unici perché sono sempre diversi e si svolgono lungo l'asse del tempo, nella dimensione del divenire.



ESSERE MEDICO

CONOSCENZA SCIENTIFICA E ABILITA' TECNICA

La malattia è l'effetto di una causa che si può rimuovere con interventi tecnici. La componente umanitaria è un impiccio alla visione scientifica oggettiva.

ETHOS UMANITARIO

Atteggiamento orientato al paziente, l'agire clinico, l'ascolto, l'empatia, la risonanza affettiva.

La malattia è vissuta dal soggetto, con un'esperienza capace di modificarla nell'apparire e forse di condizionarla nella prognosi.



CONOSCENZE DEL MMG

SISTEMA FORMALE: conoscenze disciplinari e procedure logiche dell' induzione e della deduzione.

SISTEMA INFORMALE: conoscenze non disciplinari e procedure logiche dell' abduzione

Da un lato quindi un sistema di conoscenza oggettiva sulle connessioni tra causa-effetto-terapia, dall' altro un sistema che integra queste conoscenze e le rende applicabili alla realtà, collocandole nella rete dei rapporti interpersonali (medico-paziente-famiglia-contesto) e degli scambi simbolici.



SAPERE DEL MMG

SAPERE SCIENTIFICO: riconosciuto come pertinente dalla comunità scientifica.

SAPERE SOCIALE: frutto delle rappresentazioni sociali dei medici e dei pazienti, espressione del “sapere comune” ritenuto valido (ma non scientifico) e accettato comunque come vero.

SAPERE INDIVIDUALE: soggettivo, originato dalle rappresentazioni affettive e non coscienti del medico su oggetti e atti del proprio agire clinico.



CLINICA DEL MMG

È totalmente diversa da quella dell' internista o di qualunque altro specialista.

I modelli di malattia studiati come reali e universali spesso non si adattano alla pratica quotidiana.

I concetti di razionalità, efficacia, congruenza mostrano nella verifica “sul campo” notevoli carenze e distinguo.

Il concetto di **NEGOZIAZIONE** (sconosciuto alle discipline specialistiche) è la radice di ogni azione del MMG.



IL RIFERIMENTO DELLA MG

Non è un individuo osservato in una gabbia di vetro (l'ospedale, la consultazione occasionale) ma un individuo storico, espressione in ogni sua domanda/bisogno di una popolazione o quanto meno di un contesto, osservato nel tempo e perciò stesso mutevole.



LA CRISI DELLA MEDICINA

Il positivismo scientifico non è più sufficiente: una medicina che si proponesse di accostare l' uomo con le metodiche delle scienze positiviste spiegherebbe dei fatti, ma non i loro significati; l' umano, il vissuto esperenziale della propria corporeità resterebbe fuori dalla porta.

È il rapporto tra **oggettivo** e **soggettivo** (tra l' essere e il sentirsi malati), dove il primo ha a che vedere con la raccolta e la registrazione dei fatti e il secondo con la comprensione dei vissuti.



L' ENFASI SUL FARE

Al notevole aumento delle conoscenze non corrisponde una maggior comprensione dell' uomo (sano o malato che sia) e della sua domanda di salute.

Paradossalmente la risposta della medicina a questo vuoto è l' **enfasi sul fare** (eccesso di indagini strumentali, prescrizioni inappropriate, ricorso alla tecnologia) più che sul capire e sull' ascoltare.

Il persistere di modelli di malattia basati sull' oggettività continua a giustificare la ricerca del “dato patologico”, la rincorsa terapeutica o, in alternativa, la sottovalutazione dei problemi, la negazione dei vissuti.

La formazione accademica in medicina

- * La fisiopatologia come base del quadro clinico
- * La farmacologia o la chirurgia come soluzioni “tout court”

Ma non è sempre così!



CAMBIA IL CONCETTO DI MALATTIA

Passaggio dalla logica di causalità lineare alla logica circolare.

Da un modello causato dall' intrusione di un agente patogeno, sempre e comunque esterno, spesso identificabile e eliminabile, si è dovuti passare ad un' idea di malattia dove il concetto di “interazione” agente patogeno-ospite-ambiente ha preso il sopravvento.

I **FATTORI DI RISCHIO** indicano la condizione di salute/malattia di un soggetto come una dimensione continua piuttosto che come una singola entità.

La **FLUIDITA'** dei confini fra salute e malattia.



CAMBIA IL CONCETTO DI SALUTE

La **salute** oggi è definibile come l'effetto della integrazione di numerose dimensioni che, complessivamente, permettono di descrivere una situazione di benessere globale: fisico, funzionale, psicologico e sociale.

La **QUALITA' DELLA VITA** comprende lo stato di benessere e salute, ma anche altri aspetti quali la vita familiare, lo stato economico e culturale, le condizioni di lavoro, la situazione abitativa, ecc.



DEFINIAMO LA MG!

Il **CONFINE CRITICO** tra:

SCIENZA (il dato oggettivo, confutabile, falsificabile) e **COSCIENZA** (dettata da valori etici, dalla percezione, dall' intuizione)

SCIENZA e **CONOSCENZA** (è un salto concettuale)

SCIENZA e **SAPERE** (la comprensione, il prendere insieme, l' avere una visione globale ma sintetica)

SAPERE SCIENTIFICO e **SAPERE PROFANO**



Un ponte tra scienza della natura e scienza umana



IL NUOVO MMG

Colui che, senza l' autorità di una clinica e dell' istituzione, ha a che fare con il malato così come questi realmente vive. Egli ha il senso della situazione, non permette che la visita si traduca in una serie di risultati di laboratorio, tiene presente il corso della vita ed è in grado di plasmare il rapporto del malato con la sua malattia .

Jasper, 1991.

OCCHIO CLINICO



La capacità di tenere connesse le informazioni originate e derivate dall'attivazione di tutti i saperi e i sistemi di conoscenza.

La capacità di cogliere nell'osservazione/interazione con il malato gli elementi non formalizzati, extra-clinici o meta-clinici e di sintetizzarli in una diagnosi-prognosi spesso non richiudibile nelle classificazioni usuali, ma certamente più ricca di informazioni per il medico e per il paziente.



IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE Engel 1977

Il paziente che entra nello studio:

- presenta una patologia
- presenta un vissuto
- ha un adattamento alle relazioni umane e sociali compromesse dalla malattia

Tutto ciò si riflette anche sulla cura e (ove possibile) sulla guarigione della malattia.

APPROCCIO OLISTICO AL PAZIENTE



EVIDENCE-BASED-MEDICINE

L'uso diligente, esplicito e coscienzioso delle migliori prove scientifiche disponibili nel prendere decisioni sulla cura dei singoli pazienti.

È necessario un connubio tra scienza ed esperienza personale:

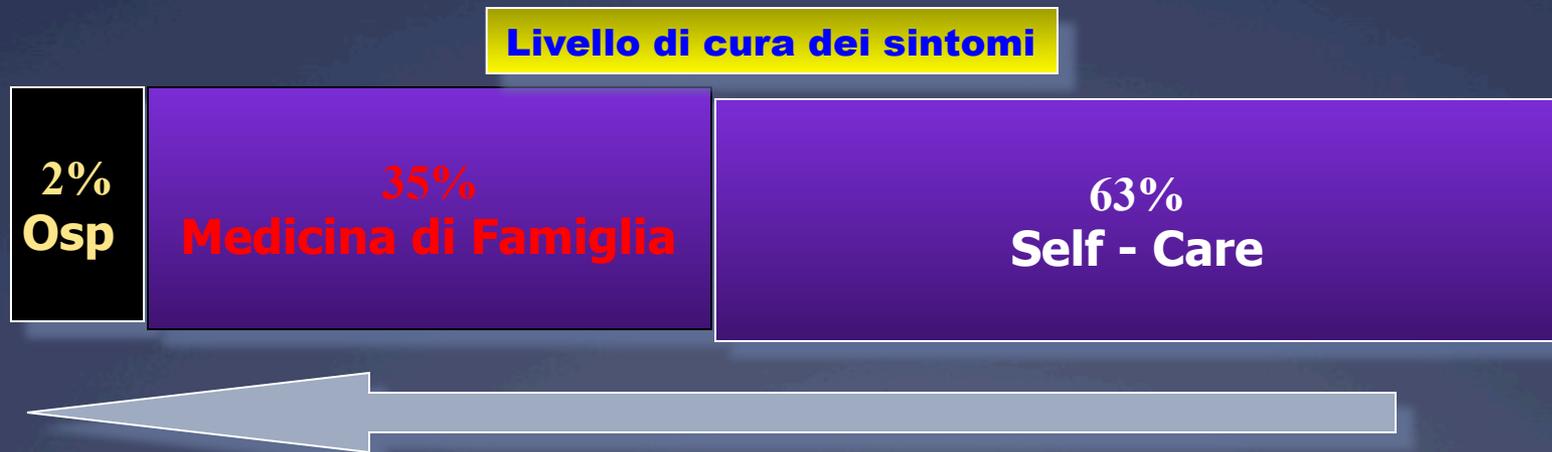
“Praticare l'EBM significa integrare l'esperienza clinica individuale con le migliori conoscenze derivanti dalla revisione sistematica delle ricerche. Senza utilizzare i migliori risultati della ricerca clinica, la pratica rischia di diventare rapidamente obsoleta, con danno per il paziente; senza l'esperienza clinica, la pratica rischia di subire la tirannia delle conoscenze scientifiche, perché anche le migliori prove di efficacia possono essere inapplicabili o inappropriate per il paziente. Nessuna delle due, da sola, è sufficiente” *D. Sackett*



La specificità...

E' il "sintomo" non la "malattia" la condizione che spinge le persone alla ricerca del proprio benessere.

La Medicina di Famiglia è il livello di assistenza posto tra il self-care e le cure ospedaliere.



Alcune differenze tra medicina generale e specialistica



Medicina generale

Medicina specialistica

Problemi

Malattie

Tutti i problemi non selezionati

Malattie specifiche selezionate

Fase preclinica, clinica, esiti

Fase clinica, esiti

Esclusione di malattie/problemi

Conferma di malattie

Approccio olistico

Approccio parcellizzato

Rapporto anche con i sani

Rapporto solo con i malati

Persona nel proprio ambiente

Malato in ambiente estraneo

Rapporto di fiducia col medico

Fiducia nella struttura

Rapporto simmetrico (negoziale) col paziente

Rapporto asimmetrico col paziente

Continuità assistenziale (film)

Episodio assistenziale (fotogramma)

Lavoro in genere isolato

Lavoro in équipe

Autonomia professionale

Rapporto gerarchico

Strumenti di lavoro semplici

Tecnologia sofisticata



ESEMPI DI PROBLEMA

Sono problemi

Una diagnosi

Un sintomo

Un segno

Un dato anormale

Un effetto avverso farmacologico

Un intervento chirurgico

Un comportamento a rischio

Un problema familiare

Un problema psicologico

Un problema sociale

Esempio

Epatite B

Dolore precordiale

Bradycardia

Transaminasi mosse

Allergia alla penicillina

Gastrectomia

Promiscuità sessuale

Morte della moglie

Difficoltà scolastiche

Parlare male l'italiano