

# La solitudine epistemica del medico del territorio

Le componenti tacite e situate della solitudine invisibile della medicina generale, dalla conoscenza alla pratica

Giuseppe Belleri

*Medico di medicina generale*

l'ultracentenaria storia sociale del medico del territorio è centrata sulla relazione diadica medico-paziente, in un'aura libero-professionale individualistica, con una debole identità culturale e una posizione marginale nell'organizzazione sanitaria ed estranea alle istituzioni accademiche.

Nell'ultima decade si è avviata una nuova fase riformatrice a partire della legge Bal-

duzzi del 2012 che si proponeva di favorire tra i medici di medicina generale nuovi legami organizzativi, di tipo monoprofessionale e dal basso con le Aft – aggregazione funzionale territoriale, e multiprofessionali dall'esterno con le Uccp – Unità complesse di cure primarie. La pandemia ha fatto emergere annosi ritardi e inadempienze in questo processo, che ora la “Missione 6” del Pnrr dovrebbe compensare con le case e gli ospedali di comunità che promettono un cambio di paradigma promuovendo lo sviluppo della comunità di pratica del territorio e la sua piena integrazione nella rete sociosanitaria. Potremmo dunque essere alla vigilia di un cambiamento antropologico e organizzativo che spezzerà la solitudine individualistica e l'isolamento culturale del medico di medicina generale che ha radici lontane nel tempo e nei luoghi in cui ha esercitato la professione. Le premesse ci sarebbero anche se un mix tra concreti problemi logistici, errori di programmazione, deficit di risorse professionali e resistenze di categoria non renderanno agevole lo sviluppo e la gestione delle nuove strutture. Ma se l'isolamento fisico e relazionale sembra avviato a soluzione, c'è un'altra faccia della solitudine del medico del territorio non meno problematica, quella “epistemica”.



---

## L'isolamento fisico e relazionale del medico del territorio sembra avviato a soluzione. Ma c'è un'altra faccia della solitudine del medico del territorio non meno problematica, quella "epistemica"

---

### I due piani della solitudine

La solitudine epistemica, ovvero in senso lato cognitiva, si colloca su due piani:

▼ quello individuale e interno alla categoria, relativo agli strumenti di conoscenza che il medico di medicina generale ha a disposizione nella pratica professionale quotidiana, ovvero la sua cassetta di attrezzi metodologici per definire e risolvere i problemi,

▼ quello collettivo e verso l'esterno, per la difficoltà di rappresentare e far comprendere a chi non ha esperienza sul campo le caratteristiche dei processi sociocognitivi di cui sopra.

Questa forma di solitudine è difficile da descrivere, sia a sé stessi in chiave riflessiva sia verso l'ambiente "esterno", ovvero gli altri professionisti, specialistici e accademici, e poi via via verso l'"alto" fino ai vertici della piramide gerarchica: è un'impresa comunicare la specificità del lavoro sul territorio agli esperti di politica sanitaria, ai responsabili politici, ai decisori politici nazionali e regionali, e alle burocrazie amministrative e ministeriali. Nelle alte sfere allignano radicati pregiudizi e bias cognitivi difficili da sfatare, come per esempio il ruolo del generalista quale mero esecutore di "ordini" superiori oppure passivo terminale delle istruzioni contenute in documenti "tecnici" come linee guida, percorsi, protocolli, procedure ecc. Due sono i tratti che rendono "ineffabile" e "incomunicabile" ad altri la solitudine epistemica del medico di medicina generale: la dimensione situata e quella tacita che caratterizzano il sapere pratico del generalista oltre alle componenti riflessive ed esperienziali, distribuite e mediate della competenza e della conoscenza.<sup>1</sup>

### L'attività situata

Il carattere situato è legato alla posizione di confine occupata dal medico di medicina generale, stretto tra il sistema di riferimento profano di carattere sociale e culturale, da un lato, e il sistema di riferimento professionale, formale e istituzionale dall'altro.<sup>2</sup> Su di esso pesano alcune richieste improprie di carattere non sanitario attinenti ai risvolti economici delle decisioni mediche di opposto significato: ad esempio, in positivo il rilascio di certificazioni compiacenti per questioni assicurative o per ottenere benefici economici come l'invalidità, oppure in negativo la richiesta esplicita di non applicare le limitazioni delle note dei farmaci o degli accertamenti che costringerebbero il paziente a pagare interamente la medicina o l'esame diagnostico "non mutuabili".

Questi ultimi "incidenti" sono dovuti al "patologico" disallineamento tra le norme e le routine prescrittive ospedaliere e quelle vigenti sul territorio: ad esempio non tutti i farmaci utilizzati in ospedale sono prescrivibili fuori dal nosocomio per cui il paziente deve pagare di tasca propria la stessa pillola somministrata durante la degenza. E purtroppo raramente i medici ospedalieri informano adeguatamente il



paziente di queste differenze, nonostante siano tenuti a farlo da una norma di legge ad hoc. La mancata accondiscendenza verso i desiderata dei pazienti provoca spesso logoranti tensioni e conflitti, accentuate dalla pandemia e dalla crisi economica, fino alla revoca del medico non “compliant”, vera spada di Damocle e arma di “ricatto” subita dal medico, specie in contesti sociali difficili, e sconosciuta nell’ambiente ospedaliero.

La competenza e il sapere pratico del medico di medicina generale sono situati, ovvero contestualizzati, a diversi livelli:

- ▼ nelle relazioni con la rete di attori profani e professionali che ruotano attorno allo studio medico,
- ▼ nei vincoli, nelle regole e nelle norme, nelle routine formali e informali dell’organizzazione sanitaria,
- ▼ nella cultura, nelle tradizioni e nelle caratteristiche socioeconomiche locali,
- ▼ nelle risorse, negli strumenti e nelle tecnologie che mediano le decisioni, la gestione dei problemi e le relazioni con gli attori del network.

Va da sé che le caratteristiche socioculturali e techno-organizzative hanno un impatto rilevante sulle decisioni cliniche e rendono problematica la meccanica trasfe-

ribilità delle indicazioni generali alla pratica, in base al presunto carattere “generico” e aspecifico del lavoro sul campo. L’approccio centrato sulla situazione, nel senso delle pratiche attuate in questo particolare ambiente, si focalizza non sulle strutture generali di una conoscenza astratta e decontestualizzata bensì sulle abilità di “una mente all’opera su problemi quotidiani, portando in primo piano l’analisi del legame imprescindibile tra cognizione e azione dentro specifici contesti organizzati culturalmente e in cui sono coinvolti più attori sociali”.<sup>3</sup> Lo strumento elettivo per la formazione professionale è l’esperienza di full immersion nella dimensione sociale della comunità di pratica.

Un esempio dell’importanza della contestualizzazione è la differente incidenza delle malattie tra l’ambiente generalista e quello selettivo specialistico. In un pronto soccorso con un bacino di decine o centinaia di migliaia di utenti afferiscono con maggiore frequenza patologie gravi o complesse come embolie polmonari, meningiti, crisi tireotossiche, ischemie coronariche e cerebrali atipiche, eccetera: il medico dell’urgenza/emergenza è avvantaggiato nel riconoscimento diagnostico dal repertorio di casi collezionati con l’esperienza, specie quelli con sintomi iniziali, sfumati o aspecifici, rispetto al generalista che incappa in queste patologie nell’arco di anni se non decenni. Le caratteristiche clinico-epidemiologiche del contesto sono dunque rilevanti per acquisire “la capacità di formulare un giudizio situato in base alle circostanze”, come ad esempio la definizione di un problema o la formulazione di una diagnosi, che dipendono dalla trasmissione di abilità e capacità di giudizio di una formazione centrata sull’esperienza pratica in laboratorio o in corsia.<sup>4</sup>

Un’indiretta dimostrazione dell’influenza che il contesto locale “macro” ha sui comportamenti professionali si ricava dalle scelte prescrittive. Lo testimoniano, ad esempio, le medie di spesa e di consumi registrati nel Rapporto Osmed dell’Aifa, che dimostrano una rilevante variabilità



interregionale nelle prescrizioni di alcuni farmaci, quali antidepressivi, ansiolitici e antibiotici, per certi versi sorprendente e difficilmente correlabile con l'epidemiologia.<sup>5</sup> Ricodurre tale variabilità entro rigidi standard prescrittivi medi appare impresa improba, vista la pervasiva influenza della componente culturale e socioeconomica, che evidentemente prevale su canoni di scientificità e appropriatezza clinico-prescrittiva astrattamente definiti a priori.

---

**Come scrive l'antropologo Francesco Ronzon, esiste una vasta area di compiti "frutto di un patrimonio di conoscenze che la mente possiede e usa per guidare azioni e comportamenti, ma che non è in grado di esplicitare"**

---

#### **La dimensione tacita**

L'altra faccia della medaglia della solitudine epistemica del generalista è legata al carattere tacito che accomuna conoscenza, formazione e abilità. Al contrario, un radicato pregiudizio gioca a favore del carattere prevalentemente mentale, ad esempio della formazione, descrivibile in termini logico-linguistici, tali da consentire una fedele rappresentazione della realtà clinica e la trasmissione della relativa competenza; secondo questa posizione le abilità professionali sarebbero trasferibili in forma esplicita e codificata da un esperto a un novizio in modo "istruttivo" e decontestualizzato, ad esempio con la lezione frontale. In realtà, come scrive l'antropologo Francesco Ronzon, esiste una vasta area di compiti "frutto di un patrimonio di conoscenze che la mente possiede e usa per guidare azioni e comportamenti, ma che non è in grado di esplicitare, oppure può esplicitare con grande sforzo in occasioni molto particolari, e comunque in modo nebuloso e parziale".<sup>6</sup> Secondo questo filone di pensiero la vita mentale degli esseri

umani poggia "in larga parte su saperi localizzati a un livello epistemico inarticolato, non specificabile, appreso operando nel mondo piuttosto che acquisendo regole per farlo o strutturando quadri semantici per rappresentarlo".<sup>6</sup>

Alcuni esempi rendono l'idea della dimensione tacita della conoscenza e delle abilità: i bambini imparano la loro lingua madre ascoltando i discorsi dei genitori e assorbendo inconsapevolmente le regole linguistiche e non imparando una grammatica e le regole formali come fanno gli adulti quando studiano una nuova lingua; non riusciamo a esplicitare i comandi con i quali la nostra mente mette in atto e coordina comportamenti complessi come andare in bicicletta, riparare un orologio, eseguire un gesto atletico o un pezzo musicale; infine, sono inconsapevoli le abilità "che permettono ad un individuo di adattarsi ad una vasta gamma di situazioni specifiche, adottando i comportamenti, verbali e non, più consoni alle convenzioni, alle aspettative di ruolo e più confacenti ai suoi obiettivi ed interessi".<sup>7</sup>

Quest'ultima annotazione ci porta alle abilità relazionali necessarie per svolgere in modo efficace una professione in un contesto sociosanitario, come quello territoriale, che si differenzia in misura variabile dagli ambienti sociotecnici. Il carattere tacito di tale competenza prevede sia la conoscenza esplicita delle regole formali vigenti sul territorio sia la possibilità di acquisire con l'esperienza sul campo le componenti non descrivibili e non verbalizzabili della professione, grazie all'apprendistato esperienziale full immersion del tirocinio. Come sottolinea il sociologo delle professioni Freidson la "conoscenza

tacita delle circostanze concrete in cui si dovrebbe poter svolgere qualsiasi tipo di lavoro risulta essenziale alla realizzazione dello stesso al pari delle competenze tacite impiegate per farne uso”.<sup>1</sup>

Le differenze rispetto alle altre discipline mediche riguardano la correlazione tra la dimensione tacita con il carattere situato della professionalità e delle pratiche, condizionate da vincoli normativi, carenze organizzative e di risorse tecnologiche che distinguono la sanità territoriale da quella ospedaliera; la logica della situazione spiega come lo stesso problema venga gestito in modo diverso in funzione delle opportunità offerte dal contesto. Per esempio, lo stesso sintomo deve essere affrontato “a mani nude” nello studio del medico di medicina generale – con i relativi rischi di sottovalutazione e sottodiagnosi – mentre in pronto soccorso il collega dispone di risorse tecnologiche e consulenze specialistiche che riducono in modo significativo l’incertezza e il rischio di errore, pur con l’effetto collaterale di favorire tendenze difensive. Emblematica è la critica verso i medici di medicina generale che invierebbero in modo inappropriato i pazienti con codice bianco in pronto soccorso: questa posizione non tiene conto del fatto che il collega del pronto soccorso applica l’etichetta cromatica a

posteriori, cioè dopo aver escluso patologie a rischio grazie alla tecnologia prontamente disponibile, ovvero giudicando le scelte altrui in forza di un bias cognitivo, quello del proverbiale “senno di poi”.

Ma, citando Michel Crozier, “l’ascolto è insostituibile, perché soltanto attraverso di esso si può conoscere il reale funzionamento di un sistema di interrelazioni umane” in quanto “ciò che conta di più sono i comportamenti concreti di persone prese nelle strette di un meccanismo complesso, nel quale hanno responsabilità, ma non controllano (...). Non si può comprendere una situazione se non analizzando ciò che dicono le persone che la vivono realmente. Mettendosi al loro posto, si coglie la razionalità del loro comportamento (...) e così (il dirigente) sarà finalmente in grado di elaborare una strategia ragionevole”.<sup>8</sup>

### **Quel surplus dell’incertezza**

La solitudine epistemica del medico di medicina generale single è fonte di grande incertezza, difficile da rendere a chi non ha esperienza diretta dell’ambiente territoriale.<sup>9</sup> L’incertezza è legata ai limiti cognitivi individuali e di risorse con cui fanno quotidianamente i conti i singoli nella presa delle decisioni, per il concorso di diversi fattori: conoscenze non specialistiche del generalista e difficoltà di aggiornamento, deficit di informazioni per mancanza di tecnologie diagnostiche, difficoltà di interpretare e valutare le informazioni e gli esiti degli accertamenti, necessità di applicare in modo personalizzato le indicazioni generali di linee guida, protocolli, criteri, standardizzazioni, discrepanza tra la dimensione collettiva e quella individuale, aleatorietà intrinseca della prognosi e della risposta terapeutica nel singolo caso, difficoltà di monitoraggio del paziente ambulatoriale, rischi medico-legali per sottovalutazioni e ritardi diagnostici che alimentano atteggiamenti difensivi, aspettative di ruolo ed efficacia, spesso irrealistiche, coltivate dagli assistiti ecc.

---

**La solitudine epistemica del medico di medicina generale single è fonte di grande incertezza, difficile da rendere a chi non ha esperienza diretta dell’ambiente territoriale**

---

## PER APPROFONDIRE

### Cosa sono i sintomi medicalmente inspiegabili

I sintomi vaghi e aspecifici riguardano praticamente tutta la gamma dei sintomi lamentati dai pazienti, in particolare quelli soggettivi, che sono difficili da verificare con l'esame obiettivo e quantificare in modo oggettivo con accertamenti diagnostici strumentali. Per esempio: il dolore in generale, articolare, addominale e lombare, la febbre, l'astenia e il malessere generale, il prurito e le alterazioni della sensibilità come le parestesie, le sindromi vertiginose, l'ansia e l'insonnia e tutti i disturbi cosiddetti funzionali, dalla dispepsia alla stipsi/diarrea, dal cardiopalmo alla cefalea, dai disturbi minzionali alla dispnea, eccetera. Purtroppo in Italia i *medically unexplained symptoms* non sono molto noti, in quanto oggetto di rimozione per la loro natura frustrante per medici e pazienti, ma all'estero sono molto studiati da un decennio a questa parte e occasione di formazione e produzione di svariate linee guida sulla loro gestione.

Un esempio paradigmatico di incertezza irriducibile viene dai cosiddetti *medically unexplained symptoms*, sintomi vaghi e aspecifici, ovvero quel 20 per cento circa di consultazioni ambulatoriali per un'ampia gamma di sintomi che non riescono a superare la soglia diagnostica, restando "idiopatici" come venivano descritti un tempo a dispetto di svariati accertamenti diagnostici e consulenze specialistiche. In mancanza di una diagnosi certa anche la terapia resta indefinita e sospesa con frustrazione per entrambi gli attori della scena clinica.

Per ovviare all'incertezza cognitiva correlata a disturbi orfani di una codifica nosografica, confinati in una sorta di limbo clinico, il medico ricorre alle risorse meta-cognitive descritte dal cognitivista Donald Schön, nella cornice del procedimento per tentativi ed errori: la riflessione durante e dopo l'azione, la conversazione riflessiva con la situazione problematica e una certa abilità artistica nel trovare soluzioni improvvisate a situazioni indeterminate ed enigmatiche, come sintomi aspecifici e atipici che mettono in crisi schemi, routine e protocolli ispirati ad un approccio prescrittivo lineare. Il gap tra razionalità tecnica decontestualizzata e attività tacita e situata viene descritto in modo metaforico da Schön:<sup>10</sup>

*"Nella variegata topografia della pratica professionale vi è un terreno stabile, a livello elevato, ove i professionisti possono fare un uso efficace di teorie e tecniche fondate sulla ricerca, e vi è una pianura paludosa ove le situazioni sono 'grovigli' fuorvianti che non si prestano a soluzioni tecniche. La difficoltà sta nella circostanza che i problemi di livello elevato, per quanto grande sia il loro interesse tecnico, sono spesso relativamente poco importanti per i clienti o per la più vasta società, mentre nella palude vi sono i problemi di maggiore interesse umano."*

Dall'interazione tra fattori di contesto nasce la solitudine epistemica del medico pratico, per la difficoltà di rappresentare verso l'esterno la dimensione tacita e situata della competenza e per il surplus di incertezza non riducibile connaturata alla cosiddetta 'ecologia' della medicina generale, vale a dire le risorse tecno-organizzative e l'ambiente socioculturale in cui la professione si esplica. ▲

### Bibliografia

- 1 VINO A. Sapere Pratico. Milano: Guerini, 2000.
- 2 FREIDSON E. Professionalismo. La terza logica. Bari: Dedalo, 2002.
- 3 ZUCCHERMAGLIO C, ALBY F, FATIGANTE M, SAGLIETTI M. Fare ricerca situata in psicologia sociale. Bologna: Il Mulino, 2013.
- 4 BELLERI G. Servizi sociosanitari e presa in carico della cronicità in Lombardia tra lealtà, fiducia e defezione. Politiche Sociali, Il Mulino, numero 1/ anno 2022.
- 5 Le differenze riguardano sia la spesa lorda pro capite (+76 per cento in Campania rispetto alla provincia di Bolzano) sia alcune categorie come gli antidepressivi in Toscana (66 prescrizioni su mille abitanti contro una media nazionale di 44) gli ansiolitici in Liguria (83 consumatori su mille contro la media di 54) e gli antibiotici in Campania, con 19 dosi ogni mille abitanti contro una media nazionale di 13. Il divario rispetto alla media nazionale si accentua se si considera il confronto tra Regioni: ad esempio la spesa per antibiotici nel Trentino Alto Adige è la metà di quella registrata in Campania.
- 6 RONZON F. Conoscenza tacita - Alcune riflessioni tra estetica, filosofia della scienza e antropologia cognitiva. DiPAV quaderni, numero 12/13, anno 2005.
- 7 MARRADI A. La conoscenza: i problemi. Milano: Franco Angeli, 2022.
- 8 CROZIER M. La crisi dell'intelligenza: saggio sull'incapacità delle élites a riformarsi. Roma: Edizioni Lavoro, 1996.
- 9 ROSSI LR. Zona d'ombra. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2022.
- 10 SCHÖN D. Il professionista riflessivo. Bari: Dedalo, 1993.