

Esplorazione dei vissuti di medici di famiglia e di pazienti paucisintomatici per Covid19, nel cambio di prassi assistenziale durante la prima ondata della pandemia.

Ricerca qualitativa

Maria Milano^{1,2,3,4}, Marco Araldi^{1,2,4}, Livia Giordano⁵, Pier Riccardo Rossi^{1,2,3}, Veronica Mulatero¹

¹ Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale Regione Piemonte

² SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

³ SIPEM (Società Italiana di Pedagogia Medica)

⁴ Nodo Group

⁵ Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO)

Contact person: Maria Milano - <https://orcid.org/0000-0002-0618-060X> - email: milanomar@gmail.com

ABSTRACT

Introduzione: Durante la pandemia COVID19, i Medici di Medicina Generale (MMG) non hanno avuto protocolli istituzionali e alcuni hanno visitato a domicilio i pazienti, pur in assenza di DPI, mettendo a repentaglio la propria vita. Limitare l'accesso agli ambulatori e indicare procedure per il monitoraggio telefonico gestendo decine di persone paucisintomatiche è stato vitale. La ricerca ha esplorato il vissuto del medico e del paziente in relazione al cambiamento assistenziale durante la pandemia.

Materiali e metodi: ricerca qualitativa ad approccio fenomenologico con interviste narrative rivolte a 25 MMG e 25 pazienti dell'ASLTO3 analizzate con la Content Analysis di tipo Convenzionale.

Risultati: I vissuti dei medici percorrono tre aree tematiche: il cambio percepito del ruolo professionale (nelle categorie: cambio della tipologia dell'assistenza, cambio del rapporto medico paziente, carico degli

orari lavorativi e Solitudine), la fatica della cura (carenze professionali e difficoltà emotive) e strategie di resilienza messe in atto (strategie organizzative professionali, personali e relazionali). Per i pazienti le aree tematiche emerse sono: il vissuto rispetto alla presa in carico assistenziale a distanza (nelle categorie prevalenti: modalità telefonica, incertezza e isolamento), le emozioni nell'isolamento (negative, neutre e positive), le strategie di resilienza messe in campo (vicinanza e supporto, mantenersi in attività e meditazioni).

Conclusioni: tutti hanno patito il cambio della prassi assistenziale, che pur suscitando emozioni negative, ha saputo generare una *"Nuova solidarietà sia con i pazienti sia con i colleghi"*. Molti medici hanno sviluppato strategie di resilienza ma alcuni non sono riusciti *"A staccarsi dal lavoro"*. I pazienti hanno compreso il cambio di prassi, ma alcuni si sono sentiti abbandonati quando non è stata utilizzata una comunicazione efficace; l'incertezza ha suscitato varie emozioni, basilare è stato il supporto degli affetti e del medico.

MMG e pazienti hanno narrato grandi difficoltà e dimostrato una buona resilienza; si profila un elevato il rischio di sviluppare un Disturbo posttraumatico da stress.

KEYWORDS: Ricerca qualitativa, interviste narrative, vissuti dei pazienti, vissuti dei medici, relazione medico paziente, Covid 19

ABSTRACT

Introduction: During the COVID19 pandemic, General Practitioners (GPs) did not have institutional protocols and some visited patients at home, even in the absence of personal safety devices, putting their lives at risk. Restricting access to clinics and using telephone monitoring procedures in managing dozens of people with poor symptoms was vital. This research explored the physician and patient experience of changing care during the pandemic.

Materials and methods: qualitative research with a phenomenological approach through narrative interviews addressed to 25 GPs and 25 ASLTO3 patients analyzed with Conventional Content Analysis.

Results: Doctors' experiences cover three thematic areas: the perceived change in the professional role (in the categories: change in the type of assistance, change in the doctor-patient relationship, load of working hours and Loneliness), the fatigue of care (professional shortcomings and emotional difficulties) and resilience strategies implemented (professional, personal and relational organizational strategies). For patients, these thematic areas emerge: the experience of taking charge of remote care (in the prevailing categories: telephone mode, uncertainty and isolation), emotions in isolation (negative, neutral and positive), resilience strategies in the field (closeness and support, keeping active and meditating).

Conclusions: all have suffered from the change in the care practice, which while arousing negative emotions, has been able to generate a "New solidarity both with patients and with colleagues". Many doctors have developed resilience strategies but some have not been able to "break away from work". Patients understood the change in practice, but some felt abandoned when effective communication was

not used; the uncertainty aroused various emotions, basic was the support of the loved ones and the doctor.

GPs and patients reported great difficulties and demonstrated good resilience; there is a high risk of developing post-traumatic stress disorder.

KEYWORDS: Qualitative research, narrative interviews, patients experiences, doctor experiences, relationship between patient and doctor, Covid19

TAKE HOME MESSAGE.

REINVENT times, ways, human and professional spaces

LISTEN differently, be careful

CONNECTION, CLOSENESS, SOLIDARITY: the fatigue of the care

1. INTRODUZIONE

La prima ondata Covid19 ha messo a dura prova il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) evidenziando importanti fragilità organizzative e di rapporto tra Medici di Medicina Generale (MMG) e SSN (Riccardo, 2020). *“La diagnosi fino ad allora, era nella maggior parte dei casi raggiungibile e la prognosi plausibile”* (Nejrrotti, 2020) ma per il Covid19 i MMG si sono trovati allo sbando, in balia di informazioni contrastanti, con poche linee d'indirizzo e in continuo aggiornamento, travolti dall'ondata pandemica senza collegamento con l'ospedale e senza alcun supporto per poter riorganizzare la propria attività: *“Chi ha dedicato la propria esistenza a curare gli altri si è trovato improvvisamente precipitato in un periodo oscuro, senza mezzi per capire e curare un fenomeno*

naturale sconosciuto. Pochi farmaci e poco efficaci, poche protezioni, nessuna organizzazione: una disperata lotta per salvare chi poteva resistere” (Nejrrotti, 2020). I medici hanno cercato di reperire introvabili Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e la loro assenza li ha messi di fronte alla scelta tra la salvaguardia della propria salute e la tutela di quella altrui: ciò ha comportato una netta limitazione dello svolgimento della normale attività clinica, implicando questa anche il rischio per il MMG di diventare veicolo di contagio. (Riccardo, 2020)

Ogni MMG ha dovuto reiventare la propria attività: alcuni hanno avuto una negazione dell'epidemia, andando, pur in assenza di DPI, a visitare a casa anche pazienti sospetti; molti altri hanno messo in atto procedure di monitoraggio telefonico dei

pazienti e hanno limitato l'accesso all'ambulatorio, come proposto dalla Federazione di Italiana di Medici di Medicina Generale (FIMMG) e dalla Società Italiana di Medicina Generale (Simg). L'accesso dei pazienti all'ambulatorio è stato organizzato con triage telefonico effettuato dalla segreteria, da un'infermiera o dal medico stesso: questo ha evitato l'arrivo di persone potenzialmente affette in studio, ha ridotto gli accessi ai casi strettamente necessari, stabilendo percorsi sicuri per pazienti affetti da altre patologie. Queste procedure si sono rivelate potenti armi per ridurre contagio nella popolazione e tra gli stessi MMG.

In modo empirico ma razionale in periodo pandemico, sono stati considerati come affetti da COVID19 tutti i pazienti che presentavano sintomi anche modesti suscettibili di diagnosi di virosi. Ogni MMG si è molto impegnato a gestire e monitorare con i pochi mezzi a disposizione diverse decine di pazienti paucisintomatici, con il duplice obiettivo di ridurre i contagi e l'accesso all'ospedale, posto di possibile salvezza per malati gravi, ma anche luogo di possibile contagio. La maggior parte di questi pazienti non avrà mai la certezza diagnostica poichè non era stata sottoposta a tampone per problemi organizzativi delle ASL: ciò ha generato in medici e pazienti un senso profondo di angoscia e abbandono.

I pazienti hanno visto rapidamente cambiare il rapporto con il MMG: il telefono è diventato lo strumento elettivo per filtrare richieste, per descrivere sintomi, leggere referti, poter continuare ad essere assistiti adeguatamente. Le priorità di salute si sono modificate: per il paziente il problema principale non era più il compenso delle patologie croniche ma era: *"Ho il COVID oppure no?"*. Si è osservata una riduzione di accessi in DEA e dal MMG. I pazienti affetti da Covid si sono trovati ad affrontare sia una malattia nuova, sconosciuta a tutti, che veniva trattata con terapie sperimentali, differenti e in continuo aggiornamento, sia un cambio di prassi assistenziale.

La pandemia ha comportato uno stravolgimento della presa in cura: da sempre la relazione medico-paziente in MG è fatta di prossimità, di visita e quindi contatto. L'attività dei MMG è diventata prevalentemente telefonica, in ambulatori rarefatti con continue richieste via telefono, mail e/o whatsapp a tutte le ore del giorno e della notte; modalità che hanno messo in luce numerosi limiti e sottolineato l'importanza della comunicazione non verbale: *"[...] complessa [è la] questione della distanza nel linguaggio: il parlare a distanza e della distanza [...] Parlare a distanza implica un notevole cambiamento dell'organizzazione linguistica in base allo spazio, al canale e al messaggio"* (Redazione Torino Medica, 2020). Alcuni

medici hanno adottato strumenti di televisita e telemedicina che si sono dimostrati utili da un punto di vista diagnostico e terapeutico, laddove hanno incontrato competenze adeguate anche nell'utenza.

Lo studio di Lai (2020) ha evidenziato il problema delle conseguenze psicologiche sui 1500 operatori sanitari Cinesi analizzati, colpiti da attacchi di panico, ansia e depressione. Emerge il rischio che una nuova epidemia si profili all'orizzonte: la sindrome post traumatica da stress (PTSD) (Redazione Torino Medica, 2020); inoltre, l'aumento dei carichi lavorativi, la necessità di velocizzare ogni compito, l'aggiunta di mansioni improprie, comportano un notevole aumento del rischio di sviluppare anche un burnout.

A marzo 2020 l'OMS (De Mei, 2020) ha diffuso un documento contenente alcune raccomandazioni per favorire la gestione dello stress associato alla pandemia figura 1. La resilienza, definita come *"il processo di adattarsi bene di fronte ad avversità, traumi, eventi tragici, minacce o altre fonti significative di stress"* (Viola, 2020), sembra essere il fattore determinante per resistere: non è una facoltà innata ma è frutto di azioni deliberate e consapevoli. Secondo Viola di significativo supporto alla resilienza sono: poter parlare con la famiglia e con gli amici, ridurre il tempo dedicato all'ascolto delle informazioni sull'epidemia, crearsi una nuova routine quotidiana.

- Organizzare, per quanto possibile, il lavoro mantenendo un monte ore ragionevole e facendo delle pause. Durante la fase acuta dell'emergenza è fondamentale garantirsi degli spazi di tregua per riposare e riflettere sull'esperienza che si sta vivendo. Gestire lo stress e occuparsi della propria salute mentale è importante per mantenere la salute fisica.
- Utilizzare strategie individuali di gestione delle difficoltà (*coping*) rivelatesi efficaci in altri contesti può aiutare a superare anche una situazione completamente nuova e senza precedenti come l'attuale emergenza da COVID-19.
- Confrontarsi con i colleghi è fondamentale sia per coordinare le attività, sia per condividere la percezione personale e trovare un supporto reciproco, rispettando i diversi modi di reagire alla situazione critica. Esplicitare un riconoscimento professionale nei confronti di un collega può rafforzare la motivazione e moderare lo stress.
- Cercare di mantenere stili di vita salutari, mangiando e idratandosi a sufficienza e in modo sano per essere in condizioni di affrontare la pressione che inevitabilmente viene accumulata. Ridurre l'assunzione di caffeina, nicotina e alcol. Concedersi sonno e riposo adeguati a ricaricarsi, fare un po' di esercizio fisico.
- La pressione, lo stress e i sentimenti associati, possono far emergere sensazioni di impotenza e inadeguatezza verso il proprio lavoro. È importante, quindi, riconoscere ciò che si è effettivamente in grado di fare per aiutare gli altri, valorizzando anche i piccoli risultati positivi; riflettere su ciò che è andato bene e accettare ciò che non è andato secondo le aspettative, riconoscendo i limiti legati alle circostanze. È anche importante stare in contatto con gli stati d'animo personali, essere consapevoli del carico emotivo, imparando a riconoscere sintomi fisici e psicologici secondari allo stress. Prendersi cura di sé e incoraggiare i colleghi a farlo è il modo migliore per continuare a essere disponibili con i pazienti.
- Rimanere in contatto con gli amici, la famiglia o altre persone di cui ci si fida per parlare e ricevere sostegno, anche a distanza.

Figura 1: Raccomandazioni dell'OMS (Barbara De Mei, Ilaria Lega, 2020) per favorire la gestione dello stress associato alla pandemia

In questa situazione di forte disagio e di interrogativi, era difficile essere anche Tutor efficaci. Era possibile implementare la resilienza dei Tutor e dei tirocinanti in questo frangente?

Nella primavera 2020, pensammo di invitare i 150 tutor del Corso di formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Piemonte e i loro tirocinanti a collaborare ad un Progetto di ricerca messo a punto con i colleghi del Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica (CPO) piemontese con il patrocinio della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM): era un momento già molto difficile e complesso ma una formazione interprofessionale (IPE) (nel nostro caso diversi professionisti e soprattutto tutor e tirocinanti insieme) ci dice la letteratura che conduce alla ridefinizione, attraverso un processo riflessivo condiviso, di compiti e responsabilità tra i professionisti coinvolti (Pullon 2005, Jackson 2006, Kenward 2009). Inoltre l'apprendimento basato sulle pratiche incrementa le attività collaborative (Reeves 2009, Drummond 2012, García-Huidobro 2013) in quanto i punti di vista altrui sembrano essere importanti quanto i contenuti didattici e ha un ruolo strategico

per facilitare il processo decisionale condiviso (Col 2011), incrementare capacità di comunicazione, abilità di coaching, team building e riconoscimento di leadership riducendo (in divenire) la frammentazione delle cure (Rice 2010, Robben 2012, Sangaletti 2017, Sian 2010).

Il progetto di ricerca si è sviluppato lungo due direzioni. Il braccio quantitativo si prefiggeva l'analisi di cosa stava succedendo a quei pazienti che contraevano il Covid e non venivano ricoverati in ospedale, ma erano seguiti unicamente dal MMG. Il braccio qualitativo intendeva esplorare i vissuti di medici e pazienti nel cambio di paradigma di lavoro e di relazione nonché le strategie di resilienza messe in atto durante la prima ondata "COVID", certi che la narrazione della storia incoraggi l'empatia e permetta la costruzione di senso condiviso con indubbi risvolti auto-formativi, poiché le persone nascono nelle storie, vivono nelle storie e si trasformano insieme alle loro storie (Bateson, 1972), comunichiamo con gli altri attraverso l'utilizzo di storie (Good 1999, Aktinson, 2002) e infine "Sia nell'educazione dei pazienti che dei professionisti, le storie stimolano la riflessione" (Greenhalgh 1998).

2. MATERIALI E METODI

Quanto segue è la descrizione dei risultati del braccio qualitativo del più ampio progetto di ricerca, di cui sopra. Una ricerca qualitativa, con approccio fenomenologico, che ha utilizzato lo strumento dell'intervista narrativa, i cui obiettivi sono riportati nella figura 2, condotta da una dottoressa specializzanda in MG, adeguatamente formata, che ha utilizzato i risultati per

elaborare la propria tesi. L'analisi delle interviste narrative (Aktinson 2002) è stata effettuata con la Content Analysis di tipo convenzionale (Graneheim 2004, Hsieh 2005) in triangolazione tra due ricercatori (Streubert 2005) con precedente condivisione di obiettivi, metodi e strumenti di lavoro. L'intero progetto è stato supervisionato da un esperto di Content Analysis.

Intervista narrativa

Le domande aperte si prefiggevano di esplorare gli obiettivi dello studio, in particolare:

Esplorare i vissuti dei

- a. **medici** rispetto a:
 - il proprio ruolo professionale
 - la fatica della cura
 - le strategie di resilienza messe in campo
- b. **pazienti paucisintomatici Covid19** monitorati al domicilio in modalità telefonica o videotelefonica rispetto a:
 - la presa in carico assistenziale a distanza
 - le emozioni nell'isolamento
 - le strategie di resilienza messe in campo

Figura 2: Le interviste narrative

2.1. Partecipanti

Le interviste sono state indirizzate a 25 MMG dell'ASLTO3, coinvolti nel Progetto CPO – SIPeM e ad un paziente per medico. I pazienti sono stati reclutati secondo questi criteri: ogni medico ha selezionato 3

pazienti paucisintomatici per COVID19, monitorati per almeno 15 giorni; 1 fra questi 3 è stato selezionato random dall'intervistatore; i MMG hanno avvisato i pazienti della telefonata dell'intervistatore a cui non hanno assistito.

2.2. Considerazioni Etiche

Lo studio è stato approvato dal Coordinatore del Corso di Formazione Specifica in MMG (CSFMG). È stata inviata notifica al Comitato Etico dell'AslTO3. L'intervista telefonica audioregistrata, dopo informazione su finalità e metodologia dello studio, è stata effettuata una volta ottenuto e registrato il consenso, garantendo l'anonimato. Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti d'interesse.

3. RISULTATI

Intervistati 11 donne e 14 uomini, MMG tra i 30 e i 65 anni; 13 lavorano in Case della Salute, 5 soli e gli altri in medicina di gruppo, 3 in piccola città e 22 in città. Le interviste sono state realizzate dal 2 al 24 luglio 2020, previo appuntamento. La durata delle interviste va da 8,41 a 31,35 minuti (16,25 di media). Un medico dopo aver concordato l'appuntamento ha rifiutato l'intervista senza motivarlo.

Intervistati 25 pazienti, 12 donne e 13 uomini, tra i 20 e i 71 anni, provenienti dalle stesse realtà territoriali: tutti hanno accettato il colloquio. Le interviste sono state realizzate dal 25 luglio all'8 agosto 2020 previo appuntamento. La loro durata è stata in media minore rispetto a quelle realizzate con i medici (7,24 minuti: da 4,46 a 20,27). Qualcuno ha temuto di non potersi esprimere appieno, infatti ha chiesto "Ma posso rispondere liberamente?",

d'altro canto per i colleghi parlarne con un pari è stato confortante e forse liberatorio.

3.1. Analisi delle Interviste

3.1.1. MEDICI

I temi emersi sono: ruolo professionale, fatica della cura e strategie di resilienza messe in atto

3.1.1.1. Il ruolo professionale

Rispetto al proprio ruolo professionale le risposte hanno descritto un **cambio della tipologia dell'assistenza** con le sue possibili implicazioni. Le risposte più rappresentative sono state: "*... riadattare l'attività, reinventare la clinica immaginando quello che il paziente ci comunicava al telefono*", "*...ambulatori quasi vuoti e attività estrema da centralinisti*", "*Totale sovvertimento della prassi assistenziale: pazienti comprensivi, ma anche spaventati, si sono create situazioni di attesa d'intervento*". Abbiamo chiesto se il cambio di prassi assistenziale avesse comportato modifiche nel **rapporto medico paziente**: il 16% dei medici lo ha negato "*È cambiato il modo di approcciarsi non il rapporto*", "*Non mi sembra... entrambi abbiamo scoperto che per telefono si possono fare tante cose anche in modo efficace*". Per il 33% il rapporto è stato modificato in positivo: "*Rafforzato perché diventato diretto non più attraverso segretaria*", "*..ma poi io richiavo e allora si sentivano molto più*

presi in carico. Il monitoraggio stretto, anche quotidiano, dava senso a quello che capitava, all'isolamento e anche a me serviva a dare senso. Poi anche a distanza di mesi sono arrivati i grazie..". Per il 51% vi è stato un peggioramento relazionale: "Vedersi di meno, non guardarsi in faccia crea distanza", "Il fatto di risolvere tutto senza contatto con paziente ti scombussola un po', devi inventarti un po' le cose, cercare di capire dalle loro parole senza visitare e finisci nel periodo clou ad avere paura del paziente, impaurito da un punto di vista medico - legale", "L'ansia di non essere visitati scatenava necessità di un rapporto telefonico intenso", "La distanza ha cambiato molto il rapporto: qualcuno l'ha vissuta male e si è lamentato." Alcuni hanno descritto anche la paura del paziente "...avevano paura a venire in studio". Qualcuno, infine, immagina il futuro: "Questa nuova modalità di lavoro potrebbe aver ricadute positive..", "Sì, probabilmente il percorso più telematico e meno fisico di presenza credo che lascerà traccia negli anni a venire".

A tutti è mancato "Il contatto fisico dell'esame obiettivo", ma anche "L'osservazione del linguaggio non verbale e la mimica, spesso rivelatrici", "Mancano le strette di mano, i sorrisi, le espressioni del volto", "Il contatto fisico si porta dietro emozioni che leggi nei visi e senti nelle espressioni verbali". Per molti è emersa la

"Difficoltà nel prendere decisioni cliniche telefonicamente, dovendosi affidare solo alle affermazioni dei pazienti" anche la complessità di applicare il consueto percorso di ragionamento clinico-diagnostico.

Per tutti l'utilizzo del telefono ha ampliato l'orario lavorativo: "Lavoro infinito, la mia risposta era sempre in giornata. Sforzo organizzativo importante", "Tante mail a qualunque ora, anche di notte", "Il lavoro telefonico va a moltiplicare il lavoro".

I più però hanno vissuto soprattutto la **Solitudine** "Privi di competenze specifiche e impotenti nell'affrontare questa novità, abbandonati dal SSN", "Un peso l'essere stati abbandonati dalle istituzioni, lavorare insieme, per fortuna, confrontarsi ha permesso di colmare". Diversi hanno indicato difficoltà con i nuovi canali di comunicazione : "Non abbiamo la formazione per il triage e la visita telefonica..", "Difficilissimo prendere le decisioni al telefono, certamente, sempre dubbioso che le mie scelte fossero quelle corrette", "Facevo il meglio di quello che potevo fare in quel momento, ma non ero convinto che fosse sufficiente per il bene del paziente", "Inadeguata senza visita", "Il telefono dà meno sicurezza perché dipende da quanto il paziente è culturalmente capace di esprimersi, il fatto di non vederlo ti toglie una parte", "Mi sono sentito

intrappolato, non avevo la possibilità di poter risolvere direttamente il problema clinico e percepivo l'ansia di contatto che io non potevo assecondare. Sentivo la frizione dentro di me: il paziente dovrei visitarlo, ma non posso”, “Pativo nel non avere controprova clinica. Non ti senti soddisfatto e neanche pienamente convinto: lavoro a metà”, “Ho corso dei rischi sicuramente”. Alcuni invece hanno scoperto di poter risolvere più cose via telefono di quelle che pensavano “La scoperta che molte cose che facevo con il paziente davanti potevo farle benissimo con il paziente al telefono” e hanno trovato nei pazienti dei validi aiutanti “I pazienti mi hanno aiutato tantissimo a trovare soluzioni organizzative”. Per alcuni, l'introduzione del telefono ha migliorato l'organizzazione dello studio “...il fatto di usare il telefono ha permesso di dilatare le tempistiche senza l'ansia del paziente fuori”.

3.1.1.2. La fatica della cura

Numerosi medici si sono sentiti completamente allo sbando nell'affrontare questa nuova patologia (“*Carente quando non sai contro cosa combattere*”) e ciò ha evidenziato alcune carenze professionali ed emotive. Per quanto riguarda le **carenze professionali**, alcuni si sono trovati a dover modificare la propria gestione lavorativa: “*Mai pensato prima a questo modello organizzativo e quindi ho dovuto*

inventarmelo di sana pianta”, “*Formazione carente in partenza e con le informazioni e con le indicazioni in continuo divenire è difficile stare al passo, ma supplito da adeguamento organizzativo*”, altri si sono trovati a dover affrontare numerose difficoltà di gestione dei pazienti e dell'aumento dei dati “*Stare dietro a tutti, [mi sono sentita] poco rapida, temevo di dimenticare le cose*”, “*Carente ..., alcuni pazienti sono stati tralasciati per i sospetti Covid*”, “*Non sono molto brava con la tecnologia: è stato molto prezioso l'aiuto dei giovani colleghi*”. La maggior parte dei medici si è sentito però soprattutto carente per l'assenza di informazioni certe e di protocolli adeguati: “*Difficoltà del medico a muoversi nella confusione, no protocolli iniziali, in più la forza clinica era una debolezza clinica non avendo adeguati strumenti terapeutici*”, “*Mi sono sentito con le armi spuntate: non avevo gli strumenti per curarli al meglio*”.

Per quanto riguarda le **difficoltà emotive**: “*Mi sono accorta di essere meno disponibile a contenere le emozioni dei pazienti perché troppo carica io*”, “*Il lavoro infinito mi è pesato molto e sono addirittura dimagrito*”, “*Sonno: la tensione è stata tale che ho perso sonno*”. Alcuni hanno descritto il senso di colpa che hanno provato nei confronti dei pazienti: “*Mi sono sentito in difetto quando ti cercano e tu non puoi visitarli perché non hai dispositivi*”,

“Difficoltà emotiva importante del non accesso in casa di riposo, dove sono morti in tanti anche un giovane infermiere. Difficoltà nel comunicare ai parenti”. Molti hanno sottolineato l'abbandono da parte delle istituzioni e la difficoltà nel gestire le emozioni che ciò ha comportato *“la mia arrabbiatura verso il SSN che mi stava abbandonando”, “Credo di aver dato il massimo a livello professionale, ho sentito la carenza da chi avrebbe dovuto dirigere..”, “Carenza delle Istituzioni nel riconoscere il nostro lavoro: abbiamo seguito più pazienti noi di quanti sono andati in ospedale”, “Carenza nel supporto dell'Asl che ha sottovalutato il problema e non ha risposto”.* Infine, alcuni si sono sentiti poco considerati come risorsa da poter utilizzare *“.. potevamo fare e dare molto di più se ce l'avessero permesso”.*

Le **emozioni** prevalenti: rabbia (*“...per essere stati messi in una situazione di scarsa sicurezza”, “...per non essere stati sostenuti né considerati come forza lavoro”*), incertezza, ansia, paura (*“... di non fare abbastanza bene e di essere veicolo di contagio”, “Paura quando eri solo in studio e sentivi solo le ambulanze, percepivi il rischio di contagio per se' e di essere veicolo di contagio a casa”*), stanchezza, senso di abbandono (*“Frustrazione, il massimo che potevo fare l'ho fatto, insoddisfazione nel vedere che tutte le procedure non prendevano in*

considerazione la MG”), solitudine (*“Isolamento, pur in gruppo ci sono momenti in cui ti senti solo”*), senso di colpa (*“lo mi sentivo non proprio in colpa, ma in difetto sì. Ho fatto molta fatica e l'ho sofferto molto”*).

Non sono mancate però le emozioni positive: entusiasmo (*“Voglia di fare, cercando soluzioni”*), soddisfazione (*“Soddisfazione di fare qualcosa di utile”, “Soddisfazione per l'armonia, le relazioni nel gruppo e per grande condivisione con i colleghi”*) e qualcuno ha mostrato curiosità e impegno (*“Curiosità di guardarsi dall'interno di questa patologia nuova”*), sperimentando nuove modalità lavorative e scoprendo una *“nuova solidarietà sia con i pazienti (come sta il dottore?) che con i colleghi, con la creazione di una vera e propria rete”* (*“Lavorare in gruppo ha dato maggior forza a ciascuno”, “Fratellanza e complicità con colleghi”*), gratitudine (*“Gratitudine dei pazienti”*), speranza e gioia per le piccole cose (*“Soprattutto all'inizio tempo sospeso in una routine continuativa, come se sarebbe stato per sempre così ed è stata una sorpresa vedere un fiore sbocciato, come se fosse primavera per la prima volta: potevamo farcela, l'orologio non si era rotto”*), sollievo (*“Ogni volta che il tampone di un paziente era negativo (mi si allargava in cuore)”, “Che sollievo quando è diventato operativo il portale CSI”.*

A tutti i medici durante questa fase è pesata la *“Disorganizzazione esterna nel coordinare le varie azioni (informazioni, suggerimenti, percorsi comuni)”*; la necessità di operare scelte difficili *“Lavorare con le mani legate per i sospetti Covid e rimandare tutto il resto”*, l'uso pesante del telefono *“Ho dovuto subire il telefono come modalità di approccio”*, *“La fatica di dover decidere senza visita o vedere in faccia il paziente”*.

3.1.1.3. Le strategie di resilienza messe in campo

Strategie Organizzative Professionali: per tutti è stato utile *“la svolta è stata l'arrivo delle linee guida SIMG e FIMMG”* e strategica l'informatica (*“Usato molto tecnologia, skype e videochiamate”*), l'aiuto della Croce Rossa Italiana e l'introduzione dei *“Test (Roth e walking) in mancanza di saturimetri”*. Segnalato il desiderio di strumenti che sarebbero stati utilissimi (saturimetri ed ecografi, ECG, strumenti per il telemonitoraggio) e di un canale comunicativo con il SISP (*“Mi sarebbe piaciuto avere una colleganza efficace anche con il resto del mondo”, “Utile da subito un portale di comunicazione tra gli operatori”*). Basilare il confronto con i colleghi (*“Confronti su terapie, sintomi, organizzazione, mi fossi trovato da solo avrei avuto guai maggiori”, “Noi eravamo un gruppo di individualisti, ora il problema*

di uno era il problema di tutti”), talora anche con *“Riunioni di corridoio”*. La solidarietà tra colleghi si è dimostrata fondamentale: *“Vedere che le difficoltà mie erano le difficoltà di tutti mi ha aiutato a reggere”*. Diversi hanno ringraziato segretarie e infermiere.

Supporto vitale alla resilienza sono state le **strategie personali:** per molti la famiglia vissuta come luogo in cui condividere le dure giornate lavorative e come luogo da riscoprire *“Mi sono vissuto i miei figli, rapporto inizialmente complesso per paura di contagiarli e poi piacevole: mi ero dato il mandato di dare forza a loro e questo mi ha dato forza”*, *“Ho una famiglia numerosa, il nucleo era ricongiunto, abbiamo condiviso tante cose che non dividevamo più: ed era bello tornare a casa”*, consigli dai figli distanti *“Sii prudente, ma fai il tuo lavoro”*; le chiacchierate con gli amici. Fondamentali per alcuni gli hobbies come lo yoga, la meditazione, la lettura (*“Leggere ti aiuta a rifugiarti in altri mondi e altri contesti”*), la musica (*“Ho ripreso a suonare la chitarra”, “Mi è mancato il canto nel mio gruppo, ma ho sentito molta musica”*), la cucina (*“Ho cucinato un sacco di torte”*) e il giardinaggio; alcuni non sono mai riusciti *“A staccarsi dal lavoro”* e *“Ho ripreso gli hobbies quando mi sono svegliato da questo semi – incubo”*. Infine, alcuni hanno dato una notevole importanza al proprio carattere nell'affrontare la pandemia: *“Il mio*

carattere fatalista”, “*Mi faccio scorrere addosso le cose e cerco di mantenere gli interessi*”, “*Le difficoltà ci rendono migliori*”. Un singolo medico, alla domanda su cosa l'abbia aiutato personalmente, ha risposto “*Niente*”, un altro invece ha risposto non sul piano personale ma sul piano professionale quasi come se non ci fosse spazio per sé.

Infine sono emerse le **strategie relazionali nei contesti lavorativi**: tutti si sono trovati concordi nell'affermare di essere molto soddisfatti della modalità operativa scelta, meglio se inserita in un contesto organizzato (solo 20% lavora da solo). “*Non ci sarebbe stata condizione migliore, qualsiasi cosa inferiore a questa sarebbe stata devastante*”, “*Rassicurante il gruppo, da sola mi sarei sentita insicura e incerta, molte mie colleghe da sole si sentivano sopraffatte*”, “*Casa della salute ok non so come farà chi lavora da solo, un conto per breve tempo, un conto per mesi, è alienante*”, “*Molto contenta di essere in questo gruppo: è molto recente, ma ci siamo rodati e uniti proprio su questo problema. Il gruppo è un problema se non si è amalgamati, ma se funziona è una grande protezione*”. Anche per le medicine di gruppo: “*Gruppo ok: fattore protettivo per le scelte professionali e per lo stress correlato*”. Infine, anche il rammarico: “*Lavoro da solo con segretaria, lavorare con altri mi farebbe sentire più completo ma il contesto rurale valligiano non lo consente*”.

3.1.2. PAZIENTI

I temi emersi sono: il vissuto rispetto alla presa in carico assistenziale a distanza, le emozioni nell'isolamento, le strategie di resilienza messe in campo

3.1.2.1. I vissuti rispetto alla presa in carico

24 su 25 pazienti hanno dichiarato che la **modalità telefonica** utilizzata è stata molto utile: soprattutto per il monitoraggio del medico di famiglia (22/25) “*Assolutamente, lei mi è stata molto vicino, molto presente, ma anche dell'USCA (1/25) “L'ASL mi chiamava tutte le mattine e sere mi facevano camminare e misurare con il saturimetro, super contattato*”. Uno si è lamentato della mancanza di contatti con le istituzioni “*I problemi sono stati non con il curante ma con le istituzioni preposte*”.

La modalità telefonica, seppure prevalente, non è stata l'unica “*Era l'inizio di marzo lui è venuto a casa e aveva tutti i DPI, la prima volta, poi mi ha seguito telefonicamente*” oppure “*Il mio medico è venuto a casa, mi ha visitato..*”

Le emozioni espresse sono di fiducia (“*Mi sono fidata*”) e rassicurazione (“*Rassicurato; mi ha dato al telefono tutte le informazioni del caso ..*”) legata alla percezione della prossimità (“*seppur telefonicamente il medico è stato molto presente, l'ho sentito tutti i giorni compresi*”.

i festivi) ma anche di panico e di abbandono (*“Non piacevole, perché sei già nel panico, però se non hai i mezzi, ..”*).

Laddove la comunicazione è stata efficace, c'è stata consapevolezza e quindi accettazione della nuova modalità (*“Ho compreso la situazione e ho accettato le disposizioni. Però mi chiamava anche ogni giorno, ma anche se fosse venuto non poteva fare nulla e anzi avrebbe rischiato di ammalarsi”*); quando questa è mancata sono state mantenute attese (*“L'idea di non potere avere un contatto perché i MMG .. certo che mi è mancato”*, *“Il contatto diretto, ci si esprime meglio, ci si sente più controllato visivamente, per telefono è più a percezione ed esperienza del medico.”*) a volte anche non realizzabili (*“Volevo un parere in più, volevo più telefonate, volevo telefonate dall'ospedale, volevo il tampone subito, volevo essere visitato subito”*) con la conseguente sensazione di abbandono terapeutico (*“La sensazione è stata quella dell'abbandono”*).

La presa in carico a distanza ha sottolineato la necessità da parte del paziente di avere un contatto diretto con il proprio medico e della visita (*“Mi è mancato il poter avere più tempo e il contatto visivo, la visita standard, immagino che sia più complicato per entrambi spiegare e comprendere bene i sintomi”*). A fianco a quello che è mancato c'è quello che è pesato: **l'incertezza**

diagnostica (*“L'incertezza di tutti: tutto nuovo per tutti. Nessun medico che sapesse di più di quello che sapevo io. Eravamo tutti allo sbando”*, *“L'incertezza: un conto è raccontare i sintomi, un conto è la visita”*, *“Quando stavo proprio male e non sapere se era proprio il Covid o no”*, *“Certe attese un po' lunghe nella comunicazione dei risultati dei tamponi”* *“In ospedale scene da paura, proprio da paura”*) l'incertezza terapeutica (*“Il vedere in ospedale i medici navigare a vista”*), l'incertezza prognostica (*“La paura sapendo cosa stesse succedendo intorno”*, *“Sono stata parecchio male e di conseguenza paura di stare peggio e di non uscirne più”* fino a *“Paura di perdere la vita”*). Infine è pesata molto la paura di mettere in pericolo gli altri (*“Avere paura di essere un untore e senso di colpa nei confronti di mio figlio e di mia moglie”*), la percezione dell'impotenza del proprio medico curante (*“Le segnalazioni fatte dal medico sono state ignorate”*). Infine **l'isolamento**: *“lo stare a casa in maniera forzata per così tanto tempo, libertà compromessa”*, *“La reclusione, non ho potuto occuparmi di mia madre con l'Alzheimer”*, *“L'assenza di contatto anche fisico con la famiglia, soprattutto con il mio figlioletto”*.

3.1.2.2. Le emozioni nell'isolamento

Le emozioni narrate esprimono la complessità e la variabilità dell'essere

umano: ne sono emerse tantissime, molto diverse tra loro e non accorpabili, senza che sia stato possibile raggiungere la saturazione. Le abbiamo divise in tre categorie: emozioni neutre, negative e positive.

Ci sembrano **neutre**: l'incredulità (4/25), la curiosità (*"mi sentivo parte del resto del mondo"*), l'attesa.

Sicuramente le più rappresentate sono **negative**: il mondo della paura (20/25), che va dal timore *"Paura per me e per gli altri, Tunnel, paura di morire. Paura di uscire di casa e di riprendermela. La vita ora è diversa"*, fino al trauma *"Mi sono messo a piangere: vedere la gente che ti muore lì, adesso ai minimi dolori che ho, ho paura. Ti lascia un segno dentro"*, *"L'incognita del poco noto è spaventosa: ho vissuto meglio cancro"*, *"Paura tanta tanta di non farcela"*; l'ansia/preoccupazione (12/25) *"Ansia per ogni tamponé"*, l'incertezza (5/25), l'impotenza (3/20) *"Impotenza: non siamo immortali e te ne accorgi in queste occasioni"*, il senso di colpa (3/25) *"Senso di colpa, paura di aver infettato o potere infettare"*; dalla tristezza attraverso lo sconforto fino ad arrivare alla vera e propria depressione (6/25), ma anche frustrazione (2/25), rabbia, fatica (2/25), rassegnazione (2/25), privazione della libertà (6/25) *"Sensazione di cattività"* che si accompagna alla solitudine (3/25) e

all'abbandono(2/25) *"Abbandono, non solo del MMG ma di tutta la sanità pubblica"*.

Le emozioni **positive** si esprimono soprattutto durante la malattia forse come tecnica di resilienza, speranza, fiducia (4/25), solidarietà, mentre a fine percorso i pazienti narrano la *"Gioia di esserne uscito"* e il senso di liberazione, ma anche la gratitudine per le cure ricevute.

3.1.2.3. Le strategie di resilienza

La vicinanza e il supporto dei familiari, degli amici ma anche del medico sono le strategie più descritte: *"La gente vicino: i miei, il mio dottore, gli infermieri e i medici li dentro."*(18/25). Il **mantenersi in attività** (*"Il lavoro in smart working ha permesso di tenere la mente occupata"*) piuttosto che con letture o con la televisione; stesso significato ha avuto impegnarsi negli hobby (cucinare, giardinaggio *"Noi abitiamo in campagna e il nostro prato verde ha fatto bene all'umore"*, **meditazione**, yoga). Qualcuno ha visto l'opportunità per pensare alla propria vita *"Ho capito il valore delle persone che mi son vicino, dare valore a cose che diamo per scontate e che sono molto più importanti di quanto normalmente pensiamo"*, *"Ho potuto ragionare su scelte future, ho trovato il tempo per pensare e stare con la famiglia"*. Ambivalente l'utilizzo dell'informazione, rassicurante quando qualitativa e per chi sta bene (*"Mi sono state utili le normative*

divulgate in televisione”), e al contempo preoccupante per chi sta meno bene (“*Non ascoltare troppo le notizie*”). Sicuramente la qualità e l’intensità delle strategie di resilienza messe in campo sono state strettamente correlate alle caratteristiche personali “*il mio carattere, come dice il mio medico*”. Teniamo infine conto degli importanti reliquati sia fisici che psicologici: “*Il covid NON finisce con il tampone negativo: alla fine quasi non riesco a camminare, fatica e stanchezza immani. Ne esci ma non sei a posto e ti sembra di non uscirne mai.*”

4. DISCUSSIONE

Nelle interviste dei medici rispetto al tema del ruolo professionale sono emersi i vissuti legati al cambio della tipologia dell’assistenza con la disamina di come il paradigma incontrovertibilmente accettato, che prevede la visita dopo l’anamnesi prima di approcciare un percorso diagnostico e terapeutico, è stato scardinato e rovesciato (Araldi, 2020). Questo ha comportato il timore che il rapporto di fiducia medico-paziente potesse esserne indebolito: sembrerebbe di contro rafforzato laddove la comunicazione è stata ampliata con un monitoraggio puntuale e continuo, mentre ha generato una distanza relazionale in chi si è fatto intimorire dal mezzo comunicativo. Sebbene sia riconosciuto che “*Il tempo della comunicazione tra medico e*

paziente costituisce tempo di cura” (art. 1 comma 8 legge 219/2017 e art.20 del Codice di Deontologia Medica), quel tempo può essere difficile da trovare nell’incedere incalzante di 70 chiamate/die, visite in studio e a domicilio, infinite mail, Millebook, Whatsapp e la comunicazione è sicuramente indebolita dal mezzo telefonico che fa perdere tutti i connotati del non verbale e parte dell’analogico, destrutturandola “*La distanza è quindi tra corpi ma si insinua nelle parole che sembrano esse stesse ricettacoli virali ... è così per il rapporto di cura – dove distanza è disorientamento – sono saltati gli indici referenziali del mondo*” (Redazione Torino Medica, 2020).

Una preoccupazione importante e condivisa è stata la sospensione dei percorsi per le malattie croniche: “*Lasciato per strada percorsi diagnostici e follow up soliti con l’inquietante sensazione: tutto era inutile o si accumulerà tutto dopo? E con quali conseguenze?*”.

La fatica della cura è stata molta: la mancanza di conoscenze specifiche, ma anche e soprattutto di informazioni coerenti e puntuali da chi vi era preposto, operato per un tempo percepito come interminabile (“*Settimane di silenzi abbandonati a noi stessi*”), ha generato moti anche di rabbia, ma principalmente di frustrazione e solitudine profonda, che accompagnata alla

conseguente sensazione di svalutazione del proprio operato (*“Lavoro ignorato dalle istituzioni”*), pongono premesse importanti per lo sviluppo di un Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), non facilmente sanabile se non verranno modificate le condizioni che lo hanno causato. Le emozioni negative in conseguenza sono piuttosto omogeneamente condivise, con sfumature e intensità diverse. Ci piace evidenziare le emozioni positive (non poche) che sono circolate nel tentativo di cercare soluzioni ai problemi e di restare in piedi attingendo alle proprie risorse di resilienza, in particolare la soddisfazione per la creazione di reti solidali tra colleghi e con i pazienti (e la loro gratitudine).

È proprio la connessione, il sostegno per reggere: *“Connettermi con gli altri: ha dato senso a tutti”*. Anche dal punto di vista personale, la presenza di una rete familiare e amicale sono state le principali leve alla resilienza, seguite da tecniche di introspezione per aumentare la consapevolezza e dall'evasione negli hobbies, ma c'è chi non ha trovato la forza neanche di provarci ed è improbabile che la abbia trovata successivamente.

Rispetto al contesto lavorativo ognuno è contento del proprio: il gruppo è una grande risorsa quando solidale o una terribile fonte di ulteriore burnout quando le dinamiche interne non sono fluide come

del resto ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale (Tallia, 2006), ma Middleton (2000) ci insegna che dopo la fase dello Storming si può evolvere nella fase di Norming, come dimostra questa testimonianza *“Non eravamo consapevoli di aver paura ma avevamo i nervi scoperti e molta aggressività all'inizio, poi riflettere sui conflitti è servito a trovare senso. Serve pazienza e mediazione: in un gruppo ci si deve muovere insieme allora il gruppo è stato costretto al confronto, si è mosso per errori e correzioni, ma poi è diventato gruppo”*.

Le **interviste ai pazienti** dimostrano che la prevalente modalità telefonica è stata molto utile, rassicurante e accettata in presenza di una comunicazione efficace; quando questa è mancata è prevalso il senso di abbandono terapeutico, perché come asserisce Bauman *“Il fallimento di una relazione è il più delle volte un fallimento della comunicazione”*.

Sia i pazienti che si sono sentiti abbandonati che quelli che si sono sentiti presi in carico dal MMG, lo hanno definito il riferimento per la salute individuale, a conferma della preziosità di un servizio territoriale in grado di garantire prossimità, continuità e immediata accessibilità.

L'aiuto maggiore alla resistenza è stata la presenza e il supporto della rete familiare, amicale, ma anche la presenza del medico.

L'abbandono da parte dell'ASL è stato percepito soprattutto per l'assenza di esecuzione di tamponi *“Non so ancora se la mia era una influenza e basta o se ho fatto il virus”*.

La nostra analisi è in linea con quella dell'Istituto M. Negri (06/ 2020), che indica che per un italiano su due il lockdown è stato un trauma: lo stress che la pandemia ha generato nella popolazione è principalmente legato alla preoccupazione per la propria salute e per quella dei propri cari, all'isolamento sociale e ai timori economici.

Infine da un'intervista è emerso il tema del mancato commiato dai propri cari al termine della vita, non potendo partecipare al loro funerale è difficile iniziare la fase dell'elaborazione, con un lutto sospeso in un'atmosfera di incredulità e incertezza: *“Ti rendi conto che è finito dopo che hai visto; con mio marito si è concluso dentro di me perché i miei nipoti mi mandavano le foto del funerale, delle tomba di famiglia, perché hai bisogno di vedere per fartene una ragione”*.

5. CONCLUSIONE

I vissuti che vengono dichiarati dai medici percorrono tre aree tematiche: il cambio percepito del ruolo professionale (esplorando soprattutto le categorie: cambio della tipologia dell'assistenza, cambio del rapporto medico paziente,

carico degli orari lavorativi e Solitudine), la fatica della cura (nelle categorie: carenze professionali e difficoltà emotive) e strategie di resilienza messe in atto (nelle categorie: strategie organizzative professionali, personali e relazionali).

Per i vissuti dei pazienti le aree tematiche emerse sono: il vissuto rispetto alla presa in carico assistenziale a distanza (nelle categorie prevalenti: modalità telefonica, incertezza e isolamento), le emozioni nell'isolamento (nelle categorie: negative, neutre e positive), le strategie di resilienza messe in campo (nelle categorie: vicinanza e supporto, mantenersi in attività e meditazioni).

Può apparire singolare che le emozioni di tutti possano trovare anche un'accezione positiva: la gratitudine per la solidarietà sembra aver acceso la speranza non solo di *“farcela”*, ma forse anche di un mondo migliore.

Una conoscenza maggiore della malattia, la possibilità di cure appropriate, di misure di protezione immaginiamo abbiano aiutato medici e pazienti ad affrontare meglio le fasi seguenti alla prima ondata qui descritta, speriamo anche in un uso più puntuale di una comunicazione efficace a tutti i livelli, in grado di continuare a dare un senso condiviso e di fare fronte comune a questa pandemia.

I risultati di questa ricerca esplorano i vissuti di un numero limitato di medici e pazienti in un'unica ASL piemontese durante la prima ondata Covid, non saranno riproducibili nelle fasi successive perché le condizioni che li hanno generati sono mutate ma probabilmente saranno per molti aspetti condivisibili, per quel periodo, in molti altri contesti: la riflessione condivisa sulle criticità emerse ci potrebbe aiutare a superarle trovando insieme ulteriori soluzioni.

La ondata successive hanno nuovamente investito i MMG, che si sono ritrovati a lavorare con ritmi accelerati e con una popolazione impaurita, spossata e irascibile. Sarebbe molto interessante riproporre le stesse domande ora, perché probabilmente molte risposte sarebbero differenti in entrambi i gruppi: se prima si

intravedeva un barlume di speranza ora, questa, sembra aver lasciato il posto alla delusione, e spesso alla rabbia.

Il rischio per medici e pazienti di andare incontro ad un PTSD è altissimo per l'esperienza intensa vissuta, parlarne non è stato solo un momento di ricerca per noi ma anche di formazione e ricerca di senso per tutti.

Infine, ma non ultima per senso e valore, un'annotazione formativa: Maria, nel ruolo di Tutor, ha chiesto a Veronica, in quello di Intervistatrice che ha utilizzato queste riflessioni per la sua tesi di fine Corso Di Formazione Specifica in Medicina Generale "Cosa hai appreso da questa esperienza da un punto di vista professionale e personale?". La risposta è rappresentata nella figura 3.

Professionalmente fare questa ricerca mi ha aiutato a comprendere che spesso le persone hanno bisogno anche solo di essere ascoltate, comprese e di essere edotte sul proprio percorso di cura. Mi ha aiutato a capire che i pazienti necessitano comunque di punti fermi e che spendere qualche minuto in più per dipanare perplessità non è tempo perso ma guadagnato in compliance terapeutica e stima.

Personalmente è stata dura ascoltare racconti di perdite importanti senza la possibilità di poter partecipare ai funerali, ascoltare i racconti dei pazienti ricoverati in ospedale e percepire dalle loro parole quella sensazione di "mancanza d'aria" e di "paura di non farcela"; è stata dura immedesimarsi e percepire il terribile senso di impotenza che ha assalito numerosi medici abituati a visitare il paziente, sentendosi completi nel farlo e persi non potendolo fare.

E' stato bello però vedere come la mente umana sia in grado in situazioni di emergenza di adattarsi e se all'inizio in molti si sono sentiti sopraffatti dalla situazione lo step successivo è stato poi quello di una nuova organizzazione.

Figura 3: Contributo formativo

6. RINGRAZIAMENTI

In figura 4.

Si ringraziano i dottori Aimetti L., Aires E., Andretta V., Araldi M., Bernabè S., Bornacin C., Capelletti D., D'Alessandro A., De Luigi G., Fama L., Gaddi M., Kucich C., Lupo G., Marino R., Miglietta L., Milano M., Miozzo S., Olivero A., Polverari R., Prunelli A., Rossi P.R., Salvadori A., Stroppiana F., Tuninetti P., Violante A. e i loro pazienti

Figura 4: Grazie per il prezioso contributo

BIBLIOGRAFIA

Araldi M., Milano M., Il paradigma rovesciato, Torino Medica vol2-3 2020: pg 12-13-14

Aktinson R., L'intervista Narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formative, organizzativa e sociale, *Raffaello Cortina Editore*, Milano, 2002

Bauman Z., Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi. Laterza Ed., 2003

Bateson, G. (1972), Verso un'ecologia della mente. Adelphi, Milano, 1977.

Col N, Bozzuto L, Kirkegaard P, et al., Interprofessional education about shared decision making for patients in

primary care settings. *J. Interprof. Care.* 2011 Nov;25 (6):409-15

De Mei B., Lega I., Sampaolo L., Valli M. - Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, CNAPPS, ISS: COVID-19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari, www.epicentro.iss.it, 28 Marzo 2020

Drummond N, Abbott K, Williamson T, et al., Interprofessional primary care in academic family medicine clinics: implications for education and training. *Can. Fam. Physician.* 2012 Aug;58(8): 450-8.

García-Huidobro D, Skewes S, Barros X, et al., Learning together to work

- together: interprofessional education for students in a primary care setting in Chile. *Fam. Med.* 2013 Apr;45(4):272-5
- Good B.J., *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999
- Graneheim U.H., Lundman B., Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today* 2004; 24: 105-112.
- Greenhalgh T., Hurwitz B, *Narrative Based Medicine*, BMJ Books, 1998
- Hsieh H.F., Shannon S.E, Three approaches to Qualitative Content Analysis, *Qualitative Health Research*, vol. 15 No 9, Novembre 2005, 1277-1288.
- Jackson CL, Nicholson C, Davidson B, et al., Training the primary care team a successful interprofessional education initiative. *Aust. Fam. Physician.* 2006 Oct;35(10):829-2
- Kenward L., Stiles M., Intermediate care: an interprofessional education opportunity in primary care, *Journal of Interprofessional Care*, 23 (6), November 2009, 668-771
- Lai J.; Ma S.; YingWang; Cai Z.; Hu J.; NingWei; JiangWu; Du H.; Chen T.; Li R.; Tan H.; Kang L.; Yao L.; Huang M.; HuafenWang; GaohuaWang;
- Zhongchun Liu; Hu S.: Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health CareWorkers Exposed to Coronavirus Disease 2019, *Jama Network Open* 23 Marzo 2020
- Middleton J., *The Team Guide Communication*, Radcliffe, Primary Care, 2000.
- Nejrrotti M., Che cosa ha insegnato il virus Sars-Cov-2?, *Torino Medica*, vol.2-3 2020: 6-7-8
- Pullon S, Fry B. Interprofessional postgraduate education in primary health care: is it making a difference? *J Interprof Care.* 2005 Dec;19(6):569-78
- Redazione Torino Medica, Linguaggio e Covid 19. La forma della lontananza, *Torino Medica*, vol.2-3: 2020, 85-86
- Redazione Torino Medica, CONTAGIO: un approccio narrativo per comprendere l'impatto psicologico e sociale della pandemia, *Torino Medica* vol.2-3 2020, pg 87,88 15 Luglio 2020
- Reeves S., et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review), *The Cochrane Collaboration*, Wiley Publishers 2009, n. 1
- Rice k., Zwarenstein M., Gotlib Conn L., et al., An intervention to improve

- interprofessional collaboration and communications: a comparative qualitative study, *Journal of Interprofessional Care*, July 2010; 24 (4): 350-361
- Riccardo F., Xanthi A., Bella A., Del Manso M., Urdiales A.M., Fabiani M., Bellino S., Boros S., D'Ancona F.P., Rota M.C., Filia A., Punzo O., Siddu A., Vescio M.F., Di Benedetto C., Tallon M., Ciervo A., Pezzotti P., Stefanelli P. – ISS, Sorveglianza Integrata COVID-19: i principali dati nazionali, www.epicentro.iss.it, 11 Marzo 2020.
- Robben S, Perry M, van Nieuwenhuijzen L, et al., Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behaviour among primary care professionals. *J Contin. Educ. Health. Prof.* 2012 Summer;32(3):196-204
- Sangaletti C., Schweitzer M.C., Peduzzi M., et al., Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review, *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. Nov 2017, 15(11):2723–2788
- Sian E., et al., Integrated team working: a literature review, *International Journal of Integrated Care*, April 2010, 10: 1-10
- Streubert Speziale H.J., Carpenter D.R., La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico, edizione italiana a cura di M. Matarese, *Idelson-Gnocchi Editore*, Napoli, 2005.
- Tallia A.F., Lanham H.J., McDaniel R.R., Crabtree B.F. 7 Characteristics of Successful Work Relationships, *Family Practice Management*, 2006; 1:47-50, *Family Practice Management*, <http://www.aafp.org>
- Viola R., Come coltivare la resilienza ai tempi di Covid19, www.galileonet.it, 20/04/2020
- Viola R., Coronavirus e stress Come gestire l'ondata di emozioni negative, www.galileonet.it, 20/03/2020