



MITO, PSICOLOGIA E MAGIA

Evoluzione ed analisi della relazione tra il paziente e il clinico durante la pandemia Covid-19

GLORIA LEONARDI

Consorzio Colibrì-Bologna - UPMC Italy
Corresponding author e-mail: gloria.leonardi@unibo.it

ABSTRACT

Negli anni Settanta il modello bio-psico-sociale ha favorito un aumento d'interesse per l'analisi della relazione terapeutica. Gli studi hanno infatti dimostrato che una relazione che pone al centro il principio di autodeterminazione del paziente è correlata a un miglioramento dell'aderenza alle cure e della soddisfazione dallo stesso percepita. L'efficacia della diade paziente-terapeuta è però anche influenzata da cambiamenti nel contesto culturale e sanitario. Isolamento e stigma, che caratterizzano le condizioni sanitarie da pandemie, contribuiscono allo sviluppo di Bournout per gli operatori e di stati di ansia per i pazienti, influenzano la comunicazione duale e riducono pertanto la simmetria tra gli attori coinvolti e il tempo dedicato all'ascolto. Maggiori investimenti nella sanità, incremento della formazione alla relazione e alla comunicazione per i professionisti, nonché incremento di politiche volte alla promozione della salute per la collettività contribuiscono a migliorare il percorso di cura.

In the Seventies the biopsychosocial model increased interest in the analysis of the patient-physician relationship. Studies have shown that relationship focuses on the patient's self-determination correlates with an improvement in compliance to treatment and perceived satisfaction of the patient. However, the effectiveness of the patient-physician dyad is influenced by changes in the cultural and health context. Isolation and stigma that characterize health conditions from pandemics contribute to the development of Burnout of health professionals Physician and anxiety for patients by influencing their communication and thus reducing their symmetry between the actors involved and the time spent listening. More investments in healthcare, more training for professionals, as well as an increase in policies aimed at promoting health for the community contribute to the improvement of care.

KEYWORDS

Patient-Physician Relationships, Covid-19, Burnout, Isolation, Stigma



<https://doi.org/10.6092/issn.2724-5179/12316>

1. Introduzione

Nelle culture occidentali l'individualismo e la cura del proprio sé sono stati lungamente celebrati ed enfatizzati. In linea con tale prospettiva, la cura dei pazienti, per molti decenni, ha visto un'attenzione maggiore verso i bisogni fisici a discapito di quelli psicosociali. La natura meccanicistica di tale approccio alla cura presupponeva alla base una separazione dei processi biologici da quelli psicosociali nella genesi delle malattie.

La visione estremamente riduzionistica dei processi di sviluppo del trattamento medico fu minata alle fondamenta, negli anni settanta, dagli studi successivi al Rapporto Lalonde, sulle patologie croniche e l'influenza dell'ambiente nel loro sviluppo e determinazione. Lalonde, ministro canadese, fece due osservazioni: i fondi cospicui investiti sulla sanità non portarono ad una effettiva diminuzione dei malati e, allo stesso tempo, notò la modificabilità dei comportamenti nocivi legati alle malattie. Tali considerazioni contribuirono in maniera determinante a cambiare l'approccio alla malattia da parte delle organizzazioni governative ed amministrative.¹

Al pensiero tradizionale, noto come modello biomedico si affiancò, quindi, il modello bio-psico-sociale. Tale modello afferma che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali/culturali.² Questa nuova prospettiva di cura pone in considerazione gli elementi dinamici propri della natura umana. A tale proposito, il modello bio-psico-sociale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pone quindi in evidenza la centralità dell'individuo rispetto ai suoi bisogni, non più solo fisici ma anche emotivi e sociali. La nuova concezione di approccio al malato ha aperto progressivamente nuovi filoni di indagine e d'interesse verso l'evoluzione prospettica dell'autodeterminazione del malato.

All'interno di questa nuova prospettiva si è sviluppato, quindi, il concetto multilivello di *Empowerment* dell'individuo. Il termine *Empowerment* descrive un processo di crescita individuale e si declina su una specifica tripartizione: psicologico-individuale, organizzativo e socio politico. Questi tre livelli sono interconnessi tra di loro e permettono all'individuo o al gruppo di poter raggiungere obiettivi di autodeterminazione e autoefficacia. Gli studi di Zimmerman, quindi, evidenziano la spinta verso l'autodeterminazione come composta da tre diversi componenti: intrapersonale, interpersonale e partecipativa. Tale contesto di ricerca, studio e analisi conduce a modificare l'interpretazione che attribuiamo al concetto di benessere, passando dall'assenza di malattia ad una concezione multifattoriale, in cui il percorso di cura si relaziona alla malattia non solo in base alla caratterizzazione fisica, ma anche alle risorse emotive intrapersonali e alla qualità delle relazioni della persona.³

In questa prospettiva la relazione paziente-operatore sanitario si caratterizza per nuovi elementi di dinamicità in cui vi è un percorso di partecipazione, da parte di entrambi, alla definizione del percorso di cura.

Ricerche e approfondimenti, seguiti dalla formazione in ambito sanitario, hanno definito uno specifico ambito di indagine riguardo lo studio della diade paziente-clinico,



identificandone i fattori di maggiore influenza nei diversi ruoli, culture, contesti di lavoro e personalità degli individui.^{4,5}

Lo sviluppo della diade nella storia della medicina ha subito diversi cambiamenti e diverse caratterizzazioni in quanto figlia del modello di approccio alla cura caratterizzante il determinato periodo storico. Questo ha portato al passaggio da un modello di diade di tipo paternalistico, sviluppatosi nel legame con l'approccio biomedico, ad un rapporto duale centrato sul paziente specchio del modello bio-psico-sociale. Questo passaggio ha elicitato un contributo notevole verso la maggiore partecipazione del paziente, migliorandone la *compliance* al trattamento, ovvero l'aderenza alle cure e la soddisfazione percepita all'interno della relazione.⁶

Inoltre, dagli anni Settanta la diade paziente-professionisti della salute è entrata, in maniera sempre maggiore, all'interno delle ricerche in ambito psicologico, in quanto è possibile identificare questo tipo di comunicazione come luogo di determinazione del proprio "Sé". All'interno di questo spazio i due attori si scoprono, rispecchiandosi nell'altro e, nello stesso tempo, si separano definendo i confini del proprio Sé dati, in questo caso, dal diverso ruolo. Questo spazio cambia e si sviluppa con la progressione del percorso di cura e, essendo una manifestazione di se stessi, emozioni ed aspettative variano in base ai cambiamenti all'interno della relazione, all'interno degli attori coinvolti e al contesto circostante.

Queste caratteristiche rendono tale tema fonte di interesse e approfondimento per la loro capacità di incidere, anche in maniera determinante, non solo nella cura e nel benessere psicofisico del paziente ma anche del personale clinico, soprattutto in condizioni di emergenza sanitaria.

2. Lo sviluppo del rapporto clinico-paziente e le determinanti psicologiche

«La relazione tra il dottore e il paziente ha una forte associazione con il modello di malattia che domina in qualsiasi momento».⁷

Durante la fine del XVIII secolo l'aumento della costruzione degli ospedali all'interno dei diversi territori ha generato un incremento altrettanto consistente delle richieste di prestazioni mediche da parte della popolazione meno abbiente. Tutto ciò, insieme all'ampliamento delle conoscenze nella microbiologia e nelle tecniche operatorie, ha comportato un maggiore interesse verso la diagnosi del patologo a discapito dell'analisi accurata dei sintomi riferiti dal paziente. In tale ottica è venuto quindi a mancare il rapporto collaborativo tra paziente e medico, mentre si è rafforzato un rapporto subalterno in cui il medico ha un ruolo prevalentemente attivo e il paziente passivo.

I ruoli si delinearono quindi secondo questa precisa ripartizione seguendo l'analogia del rapporto madre-bambino: il clinico (la madre) come colui che ha conoscenza e agisce per il meglio del paziente, e il 'buon paziente' (il bambino) come la persona che in maniera sottomessa accetta la decisione. In tale contesto, ogni fattore associato alla personalità e alle relazioni con l'ambiente circostante non ha quindi trovato interesse in termini di analisi e approfondimento.⁸



<https://doi.org/10.6092/issn.2724-5179/12316>

L'avvento della psicoanalisi prima e poi del modello bio-psico-sociale ha spostato l'interesse, per la prima volta, verso l'importanza nella cura del rapporto inteso come mutua collaborazione tra paziente e medico.⁹

Balint e lo stesso Freud incominciarono a incoraggiare i medici ad andare oltre la mera patologia, appoggiando lo studio anche dei fattori a caratterizzazione psicologica e sociale tra paziente e malattia.

Nello specifico, Balint definisce il medico come il più potente strumento terapeutico. A tale definizione si associa il concetto di 'investimento reciproco'. Secondo tale concetto il rapporto tra il clinico e il paziente è determinato da una serie di consulenze reciproche, in cui, ad ogni passo successivo, si riesce a coltivare e costruire una fiducia reciproca basata sulla comprensione delle rispettive esigenze.¹⁰ L'interesse nella cura si è spostato, quindi, sulla bibliografia della malattia, volta a offrire al personale sanitario un'analisi dei vissuti emotivi e psicologici legati alla sintomatologia e ai suoi significati profondi, divenendo di fatto multifattoriale.¹¹

In tale contesto quindi anche lo studio dei fattori sociali, economici, emotivi e la stessa personalità del paziente è divenuto, con il tempo, prassi e necessità di approfondimento clinico. Un caso tipico è per esempio l'insicurezza finanziaria che porta il paziente ad evitare di poter riferire determinati sintomi per la paura di poter essere etichettato all'interno del contesto lavorativo.¹²

Dalla generalizzazione di cura, basata sulla sola diagnosi della patologia stiamo progredendo quindi verso la personalizzazione del rapporto legato al trattamento sanitario. A tal proposito, la ricerca psicologica ha portato l'attenzione verso le caratteristiche dello spazio comunicativo tra paziente e medico. Roth and Fonagy definiscono tre punti specifici che caratterizzano il rapporto medico-paziente: la percezione del paziente circa il trattamento offerto, il reciproco consenso rispetto agli obiettivi della cura e la percezione cognitiva ed affettiva circa il legame con il medico, il quale, secondo gli autori, più viene percepito come sensibile e attento alla vicinanza emotiva, maggiore sarà la *compliance* espressa dal paziente.¹³

Il contesto in cui ci stiamo muovendo non deve, quindi, basarsi esclusivamente sulla definizione della diade d'interesse partendo solo dal punto di vista del paziente, ma ci impone, riprendendo le parole di Balint, di ridefinire il rapporto tra clinico e paziente come "*two-person medicine*",¹⁴ dove il clinico contribuisce e svolge una funzione integrante nella progressione affettiva dinamica. In considerazione di ciò Balint osserva che all'interno della relazione sia il medico che il paziente si influenzano tra di loro rendendo difficile una separazione netta tra i due attori.¹⁵ Tale espressione, enfatizza quanto la comprensione delle reazioni di entrambe le parti possano essere utilizzate per scopi terapeutici e siano determinanti nell'elicitare comportamenti diretti all'obiettivo, oppure avversi, laddove non ci sia corrispondenza all'interno della comunicazione affettiva. In questa direzione la percezione dei pazienti circa le capacità di comprensione del professionista sanitario, non solo della patologia, ma anche del contesto sociale di appartenenza, è uno dei fattori predominanti nella scelta del clinico.¹⁶



A tal proposito molteplici studi hanno evidenziato una tendenza da parte dei gruppi etnici minoritari a scegliere dottori appartenenti alla stessa cultura, con i quali potessero condividere un linguaggio comune. La scelta si mantiene inalterata anche laddove ci sia la disposizione, sia in termini economici che territoriali, di clinici con maggiori capacità appartenenti però a culture e lingue diverse. È possibile concludere che la capacità di stabilire un rapporto, generare risposte empatiche e incentivare una maggiore partecipazione alle proprie cure da parte dei pazienti, siano fattori determinati per la *compliance*, il mantenimento della relazione e la soddisfazione percepita sia da parte del clinico che da parte dello stesso paziente.¹⁷

Vi sono però molti casi in cui le dinamiche emotive ed affettive, nonché i cambiamenti nel contesto ospedaliero e culturale, potrebbero inficiare la comunicazione e la reciproca compartecipazione alla relazione. Tali fattori potrebbero incidere, infatti, sulla cura e, a sua volta, sul benessere psicofisico percepito dal paziente e dal clinico.

In molti casi, due dei fattori che maggiormente interferiscono all'interno della diade di cura, sono l'organizzazione del personale sanitario, traducibile in base ad orari di lavoro e turni, e la varietà di casi e diverse patologie con cui interfacciarsi. In questo campo, l'operatore sanitario ha necessità di rispondere in tempi stretti a varie tipologie di richieste da parte di pazienti con diversi stati emotivi associati ai vissuti legati alla malattia. Tale condizione porta l'operatore a dover fronteggiare una grande quantità di stimoli stressanti, i quali molto spesso non sono adeguatamente riconosciuti.¹⁸

Alti livelli di stress percepito e basse capacità di fronteggiamento sono le principali cause del *Burnout* del clinico. La sindrome del *Burnout*, in campo sanitario, è definita come una sorta di esaurimento fisico e mentale con associate convinzioni di minor autoefficacia lavorativa e successiva perdita di attenzione e relazione affettiva con i pazienti.¹⁹ Inoltre Maslach riporta due dimensioni aggiuntive che aiutano a definire il fenomeno del *Burnout*: la depersonalizzazione, che porta al distanziamento delle componenti affettivo empatiche e la mancanza di realizzazione personale.²⁰

Gli studi in terapia intensiva hanno identificato diversi fattori associati allo sviluppo del *Burnout*: caratteristiche personali, condizioni lavorative, in particolare sotto forma di sovraccarico a lungo termine, conflitti con lo staff, scarso supporto e nessuna sensazione di lavoro utile. A tali aspetti è necessario aggiungere anche un'elevata empatia percepita dal clinico nei confronti dei pazienti ed i tratti di personalità degli operatori che possono influenzare le strategie di *coping* per la risoluzione dei problemi e la percezione dello stress lavorativo.²¹ In particolare, è noto che il nevroticismo sia uno dei predittori di *Burnout*, correlato, a sua volta, con l'esaurimento emotivo.²² Con il termine nevroticismo si evidenzia la tendenza a rispondere con un'alta attivazione psicofisica agli stimoli ambientali in associazione a scarsa capacità di controllo e sensazione di solitudine. I clinici con personalità estroversa tendono, al contrario, a riferire di più la soddisfazione e la realizzazione personale per il processo di cura.²³ Esso ci suggerisce pertanto che le differenze di approccio al lavoro siano mediate da fattori legati alla sfera intrapsichica del clinico, nonché dal contesto ambientale.



<https://doi.org/10.6092/issn.2724-5179/12316>

Allo stesso tempo anche le interazioni in termini di quantità e qualità all'interno dello staff svolgono un'importante funzione di supporto al processo di fronteggiamento delle condizioni più stressanti riguardo al processo di cura e dialogo con il paziente. Infatti i clinici che riferiscono maggior contatti all'interno del team si definiscono maggiormente capaci nella gestione della patologia del paziente e dei suoi vissuti.²⁴ Allo stesso modo, un'organizzazione caratterizzata da turni di lavoro più brevi consente di poter dedicare più tempo alla relazione del personale clinico con il paziente.²⁵

3. La relazione tra il paziente e il clinico durante la pandemia

Il contesto ambientale e i cambiamenti a livello socio-sanitario hanno una forte influenza nel determinare le caratteristiche e la qualità della relazione terapeutica, specialmente all'interno di condizioni di emergenza. Secondo le ricerche di McManus il bisogno di aiutare gli altri e di essere determinanti nel trattamento dei malati sono due dei fattori principali che motivano gli studenti alla scelta di corsi di laurea in campo sanitario.²⁶ Seppur tale scelta risulti essere indice di una maggior predisposizione verso l'empatia e l'attenzione al rapporto con il paziente, il tratto di coscienziosità particolarmente legato a tali comportamenti risulta, allo stesso tempo, uno dei fattori di personalità più vulnerabili allo stress, specialmente in situazioni di emergenza.²⁷ È importante, infatti, considerare che essere empatici con l'altro parte da una buona abilità a distinguerci dall'altro in base alla nostra cognizione, affetti e percezione senso-motoria. Laddove è presente una condizione particolarmente sfidante e con alto carico di stress, tale abilità si modifica portando ad una regolazione meno adattiva e ad una relazione asimmetrica.²⁸

Dal punto di vista dell'operatore le condizioni di pandemia generano, nella loro eccezionalità, stati emotivi e affettivi altrettanto specifici e unici, dei quali gli stessi clinici non hanno avuto modo di poterli esperire prima né di formarsi in maniera adeguata. Sebbene la formazione, negli anni, abbia inserito in maniera sempre più progressiva attività di educazione e conoscenza rivolte all'impatto emotivo della mancanza di controllo di fronte alla morte, o al senso d'impotenza riguardo al trattamento di alcune malattie, il sentimento di vulnerabilità verso la propria salvaguardia personale, che sta caratterizzando il periodo di pandemia per Covid-19 (Coronavirus), è stato, per molti aspetti, unico e di difficile narrazione rispetto ai vissuti di medici e operatori sanitari.

Uno dei primi studi pubblicati su un campione di 1.257 operatori sanitari in Cina ha evidenziato la presenza di sintomi depressivi (50,4% dei soggetti), ansia (44,6%), insonnia (34,0%) e stress (71,5%) specialmente per gli operatori presenti in prima linea nel fornire il trattamento ai malati.²⁹

L'emergenza ha posto davanti al clinico nuove sfide che hanno determinato l'esposizione della salute degli operatori, tra le quali la raccolta adeguata dei dispositivi di protezione e le condizioni lavorative (turni e contesto lavorativo). Questi fattori hanno contribuito a ridefinire il luogo dell'incontro tra il paziente e il professionista sanitario, riducendo, da una parte, il tempo dedicato all'ascolto della malattia, dall'altra l'aspetto legato alla



qualità del contatto fisico e della comunicazione. All'interno di questo campo, i sanitari hanno dovuto ridisegnare nuovi comportamenti e definire nuove strategie comunicative, riducendo i tempi di incontro e introducendo l'uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI). Una delle caratteristiche dei DPI è quella di rendere anonimo il clinico del quale viene alterato, nel caso della mascherina, anche il suono della voce, che funge di fatto da barriera acustica. Questo ha portato la strategia della comunicazione a tramutarsi da una narrazione ampia a una descrizione il più possibile simmetrica e coerente con il sentire emotivo dell'esperienza di malattia vissuta dal paziente.

Un tema particolarmente importate è l'esperienza di isolamento vissuto dal paziente all'interno di una condizione di incertezza legata all'andamento della patologia. L'isolamento è una condizione estrema per la nostra vita psichica che conduce la persona che la sta sperimentando alla depressione, alla rabbia o alla paura.³⁰ Questo ha fatto sì che le aspettative di tipo affettivo si concentrassero maggiormente nel rapporto con il personale ospedaliero. Alle domande diagnostiche e sul trattamento, gli operatori hanno risposto anche a richieste più rilevanti dal punto di vista emotivo legate alla rassicurazione e all'accompagnamento del paziente verso condizioni di vita maggiormente limitanti e in condizioni estreme alla morte. Gli operatori sanitari si sono quindi trovati a svolgere il ruolo di mediatore emotivo, adottando comportamenti volti a confortare e alleviare i carichi emotivi dei pazienti.³¹

A tal proposito si riportano due citazioni di infermieri occupati in prima linea nella cura delle persone infette:

«I pazienti hanno difficoltà a respirare e alcuni possono solo sdraiarsi nel letto. Sono molto indifesi e vogliono cure dalle loro famiglie».³²

«Non stiamo curando la malattia, stiamo curando il paziente. Molti pazienti hanno una forte ansia e dobbiamo occuparcene».³³

Tali citazioni lasciano intuire la tendenza verso una maggior caratterizzazione emotiva del rapporto terapeutico legata alla condivisione dei vissuti dovuti alla condizione d'isolamento. Inoltre è possibile evidenziare che tale tendenza ha facilitato il livello di *compliance* al trattamento e l'affidamento degli ammalati verso i professionisti sanitari. Allo stesso tempo, però, ha creato nell'operatore una fonte di stress ulteriore e ansia, ampliati, in alcuni casi, dall'essere lui stesso in una condizione di isolamento e dal dover apprendere le pratiche di trattamento dei pazienti infettati da Covid-19.³⁴

Un ulteriore tema di analisi del rapporto clinico-paziente riguarda il fenomeno della stigmatizzazione. Lo stigma è un effetto sociale molto comune durante le pandemie. Tale fenomeno è stato, infatti, ben documentato già durante il contagio di altre malattie infettive, quale l'*Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Aids). L'alto livello di contagio del virus Covid-19 ha reso, però, i pazienti e gli stessi operatori maggiormente vulnerabili agli effetti dello stigma sul benessere psicofisico, determinando, in alcuni casi la percezione



<https://doi.org/10.6092/issn.2724-5179/12316>

di un maggior allontanamento dal proprio gruppo sociale. Tale condizione evidenzia una sorta di dualismo rispetto alla considerazione legata alla figura del sanitario. Se da una parte tale ruolo è stato elevato dalla società a eroe per l'alto livello di capacità e coraggio messo a disposizione per vincere la battaglia con il Covid-19, dall'altra parte l'esposizione maggiore alla patologia ha comportato una sorta di ghettizzazione del ruolo di sanitario, perché percepito come un potenziale soggetto infetto. Questo dualismo ha generato come conseguenza una sorta di conflitto interno da parte degli stessi clinici spingendoli a ricercare strategie volte a sconfiggere la patologia ma anche a salvaguardare se stessi.

Gli effetti dello stigma hanno comportato una maggiore incidenza di contrasti emotivi e fenomeni legati al *Burnout* rendendo necessari importanti mutamenti nei contesti ospedalieri, nelle attività legate al contatto con i pazienti e all'interno del personale ospedaliero stesso.³⁵

4. Discussione

L'obiettivo principale della presente trattazione è stato quello di descrivere i processi evolutivi della diade clinico-paziente al fine di metterne in luce sia la centralità rispetto al percorso di cura sia la loro criticità in condizioni socio-sanitarie emergenziali.

In base alle numerose ricerche effettuate è possibile osservare la necessità di definire uno spazio dialogico tra il clinico e il paziente che miri allo sviluppo di una comprensione reciproca dei bisogni e degli obiettivi legati al trattamento.

In questo contesto l'empatia, ovvero il processo di comprensione dell'esperienza soggettiva dell'interlocutore, è stata particolarmente approfondita e promossa in ambito clinico. Lalonde è stato, infatti, il primo che ha coniato il termine di "promozione alla salute" definendo un nuovo paradigma di riferimento socio-ecologico e di interazione tra professionalità per la comprensione dell'esperienza di malattia.

Oggi possiamo affermare che una buona alleanza terapeutica tra professionista sanitario e paziente svolge un ruolo chiave nel perseguimento degli obiettivi del trattamento. Alleanza che è spesso agevolata dalla condivisione di lingua e cultura tra gli attori coinvolti e che influenza di fatto la scelta del personale sanitario da parte dei pazienti.

A questa analisi si sommano tuttavia anche i fattori legati alla sfera intrapersonale e interpersonale che possono influenzare in maniera negativa il processo comunicativo tra gli attori e ridurre quindi gli spazi della relazione.

Questi fattori possono essere riassunti in:

- investimenti nel sanitario da parte degli apparati governativi;
- capacità di gestione da parte di pazienti e operatori delle attività stressanti, delle aspettative al trattamento e della comunicazione.

Aspetti che possono amplificarsi in condizioni emergenziali legate a pandemie.³⁶

Nonostante quanto sopra esposto, è importante tuttavia considerare come alcuni luoghi di aggregazione, e quindi di scambio relazionale tra colleghi all'interno delle strutture cliniche, continuino a rivestire un ruolo cruciale nello sviluppo del network lavorativo con effetti



positivi in termini di prevenzione verso il *Burnout*. Inoltre, creare dei gruppi di confronto e momenti di ascolto mirati tra le diverse figure ospedaliere permetterebbe di poter ampliare il bagaglio esperienziale e di abilità necessarie per poter fronteggiare le sfide del proprio luogo di lavoro. In questi specifici contesti, il leader potrebbe aver modo di poter rafforzare l'espressione legata alla gratitudine necessaria nel sostenere la compassione degli operatori che giornalmente espongono la propria salute all'interno dei reparti.³⁷

Merita attenzione quindi ragionare anche sui risvolti positivi che può avere un percorso formativo rivolto al personale sanitario sullo sviluppo e l'importanza delle dinamiche relazionali nel contesto lavorativo; nonché investire in attività di promozione alla salute ai cittadini al fine di migliorarne la sensibilità sui comportamenti legati al benessere.

Alla luce di quanto evidenziato occorre, inoltre, dare spazio alle attività legate al monitoraggio e supporto psicologico degli attori coinvolti all'interno di questa battaglia al Covid-19 per la prevenzione e la cura del benessere psicofisico. Su questa linea l'OMS ha convalidato le principali linee guida su cui basarsi per programmare un adeguato sostegno psicologico durante condizioni emergenziali.³⁸

Poter definire ed approfondire tali punti consentirebbe infatti di valorizzare sia l'impegno e la spinta motivazionale che i professionisti sanitari hanno posto nell'affrontare il percorso legato alla cura, sia la partecipazione del paziente al raggiungimento degli obiettivi terapeutici condivisi con il clinico di riferimento.

BIBLIOGRAFIA

- Armstrong D. (1979), *The Emancipation of Biographical Medicine*, «Social Science Medicine», vol. 13, pp. 1-8.
- Balint M. (1964a), *The Doctor, His Patient and the Illness*, London, Pittman Medical.
- Balint E., Courtenay M., Elder A., Hull S., Julian P. (1993b), *The Doctor, the Patient and the Group Balint Revisited*, London, Routledge.
- Burgess L., Irvine F., Wallymahmed A. (2010), *Personality, Stress and Coping in Intensive Care Nurses: a Descriptive Exploratory Study*, «Nursing in Critical Care», vol. 15, pp. 129-140.
- Duberstein P., Meldrum S., Fiscella K., Shields C., Epstein R.M. (2007), *Influences on Patients' Ratings of Physicians: Physicians Demographics and Personality*, «Patient Education and Counseling», vol. 65, pp. 270-274.
- Engel G. (1977), *The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedical Science*, «Science», vol.196, pp. 126-129.
- Farinelli M., Li Calzi S., Ercolani M. (2004), «*Lavorare stanca*»: il fenomeno del «*burnout*», in Rossi N. (a cura di), *Psicologia clinica per le professioni sanitarie*, Bologna, il Mulino.
- Ferguson WJ, Candib LM. (2002), *Culture, Language, and the Doctor-Patient Relationship*, «Family Medicine and Community Health Publications and Presentations», Retrieved from, vol. 34, n. 5, pp. 353-359.
- Gao B., Dong J. (2020), *Does the Impact of Covid-19 Improve the Doctor-Patient Relationship in China?*, «The American Journal of the Medical Sciences», vol. 360, pp. 305-306, DOI: [10.1016/j.amjms.2020.05.039](https://doi.org/10.1016/j.amjms.2020.05.039) (ultimo accesso: 30 luglio 2020).



<https://doi.org/10.6092/issn.2724-5179/12316>

- Hellin T. (2002), *The Physician-Patient Relationship: Recent Developments and Changes*, «Haemophilia», vol. 8, pp. 450-454.
- Inter-Agency Standing Committee Reference Group (2020), *Gestire la salute mentale e gli aspetti psicosociali dell'epidemia di Covid-19, versione 1.5*, <https://www.auslromagna.it/organizzazione/reti-programmi/psicologia/psicologia-emergenza/1615-gestire-salute-mentale-aspetti-psicosociali-epidemia-covid-19-ver-1-5> (ultimo accesso: 17 gennaio 2021).
- Jewson, N.K. (1976), *Disappearance of the Sickman from Medical Cosmologies 1770-1870*, «Sociology», vol. 10, pp. 225-244.
- Lai J., Ma S., Wang Y. et al. (2020), *Factors Associated with Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*, «JAMA Network Open», vol. 3, article 3, DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2020.3976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976) (ultimo accesso: 30 luglio 2020).
- Lalonde, M. (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ministry of Supply and Services.
- Li W, Yang Y, Ng CH, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, Xiang Y-T (2020), *Global Imperative to Combat Stigma Associated with the Coronavirus Disease 2019 Pandemic*, «Psychological Medicine», pp. 1-2, DOI: [10.1017/S0033291720001993](https://doi.org/10.1017/S0033291720001993) (ultimo accesso: 29 luglio 2020).
- Liu Q. et al. (2020), *The Experiences of Health-Care Providers during the Covid-19 Crisis in China: a Qualitative Study*, «Lancet Global Health», vol. 8, pp. e790-e798, DOI: [10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7) (ultimo accesso: 30 luglio 2020).
- Maslach C., Schaufeli W., Leiter M. (2001), *Job Burnout*, «Annual Review of Psychology», vol. 52, pp. 397-422.
- McManus I., Keeling A., Paice E. (2004), *Stress, Burnout and Doctors' Attitudes to Work Are Determined by Personality and Learning Style: a Twelve Year Longitudinal Study of UK Medical Graduates*, «BMC Medicine», vol. 2, article 29, DOI: [10.1186/1741-7015-2-29](https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-29) (ultimo accesso: 20 luglio 2020).
- McManus I., Livingston G., Katona C. (2006), *The Attractions of Medicine: the Generic Motivations of Medical School Applicants in Relation to Demography, Personality and Achievement*, «BMC Medical Education», vol. 6, article 11, DOI: [10.1186/1472-6920-6-11](https://doi.org/10.1186/1472-6920-6-11) (ultimo accesso: 30 luglio 2020).
- Mead N., Bower P. (2000), *Patient-Centredness: a Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature*, «Social Science Medicine», vol. 51, pp. 1087-110.
- Merlani P., Verdon M., Businger A. et al. (2011), *Burnout in ICU Caregivers: a Multicenter Study of Factors Associated to Centers*, «American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine», vol. 184, pp. 1140-1146.
- Pérez-Fuentes M.C., Molero Jurado M.M., Martos Martínez Á., Gázquez Linares J.J., (2019), *Burnout and Engagement: Personality Profiles in Nursing Professionals*, «Journal Clinical Medicine», vol. 8, DOI: [10.3390/jcm8030286](https://doi.org/10.3390/jcm8030286) (ultimo accesso: 15 luglio 2020).
- Roth A., Fonagy P. (1996), *What Works for Whom? A Critical Review Of Psychotherapy Research*, London, Guildford.
- Shanafelt T., Ripp J., Trockel M. (2020), *Understanding and Addressing Sources of Anxiety among Health Care Professionals during the Covid-19 Pandemic*, «JAMA», vol. 323, pp. 2133-2134, DOI: [10.1001/jama.2020.5893](https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893) (ultimo accesso: 30 luglio 2020).
- Szasz, T., Hollender, M., (1956), *A Contribution to the Philosophy of Medicine: the Basic Model of the Doctor-Patient Relationship*, «Archives of Internal Medicine», vol. 97, pp. 585-592.
- Singer T., Klimecki O.M. (2014), *Empathy and Compassion*, «Current Biology», vol. 24, pp. 875-878.
- Tomova L., Von Dawnas B., Heinrichs M., Silani G., Lamm C. (2014), *Is Stress Affecting Our Ability to Tune into Others? Evidence for Gender Differences in the Effects of Stress on Self-Other Distinction*, «Psychoendocrinology», vol. 43, pp. 95-104.



- Tummers G., Van Merode G., Landeweerd J., (2002), *The Diversity of Work: Differences, Similarities and Relationships Concerning Characteristics of the Organisation, the Work and Psychological Work Reactions in Intensive Care and Nonintensive Care Nursing*, «International Journal of Nursing Studies», vol. 39, pp. 841-855.
- Usher T., Bhullar N., Jackson D. (2020), *Life in the Pandemic: Social Isolation and Mental Health*, «Journal of Clinical Nursing», vol. 29, pp. 2756-2757.
- Zimmerman, M.A. (2000), *Empowerment Theory: Psychological, Organizational, and Community Levels of Analysis, Handbook of Community Psychology*, ed. by J. Rappaport & E. Seidman, pp. 43-63.
- Weinman J., Dale J. (1998), *Doctor-Patient Communication and Patient Satisfaction: a Review*, «Family Practice», vol. 15, n. 5, pp. 480-492.

NOTE

- 1 Lalonde 1977: 13.
- 2 Engels 1977: 129.
- 3 Zimmerman 2000: 43 ss.
- 4 Ferguson 2002: 359.
- 5 Duberstein 2007: 273.
- 6 Weinman 1998: 489 ss.
- 7 Jewson 1976: 240.
- 8 Hellin 2002: 453.
- 9 Szasz 1956: 585 ss.
- 10 Balint 1964a: 292.
- 11 Armstrong 1979: 6.
- 12 Mead *et al.* 2000: 1090 ss.
- 13 Roth, Fonagy 1996.
- 14 Balint 1964a: 292.
- 15 Idem 1993b: 100 ss.
- 16 Ferguson 2002: 359.
- 17 Ivi: 358.
- 18 Merlani *et al.* 2011: 1145.
- 19 Maslach *et al.* 2001: 400 ss.
- 20 Farinelli *et al.* 2004.
- 21 Burgess *et al.* 2010: 139.
- 22 McManus *et al.* 2004: 29.
- 23 *Ibidem.*
- 24 Tummers *et al.* 2002: 850 ss.
- 25 *Ibidem.*
- 26 McManus 2006: 11.
- 27 Pérez-Fuentes *et al.* 2019: 286.
- 28 Tomova *et al.* 2014: 100 ss.



- 29 Lai *et al.* 2020: 3.
- 30 Ucher *et al.* 2020: 2756.
- 31 Liu *et al.* 2020: 793.
- 32 *Ibidem.*
- 33 *Ibidem.*
- 34 Shanafelt *et al.* 2020: 2133.
- 35 Li *et al.* 2020: 1 ss.
- 36 Gao *et al.* 2020: 305 ss.
- 37 Singer *et al.* 2014: 876 ss.
- 38 Inter-Agency Standing Committee Reference Group 2020: 1 ss.