

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della Medicina Centrata sulla Persona[\[1\]](#)

Vito Galante[\[2\]](#)

Abstract The escalating burden of chronic non-communicable diseases represents one of the most critical challenges facing contemporary healthcare systems. In primary care, general practitioners (GPs) are increasingly constrained by an overwhelming administrative burden, characterized by redundant bureaucratic tasks, rigid prescribing protocols (such as Piani Terapeutici and restrictive AIFA notes), and fragmented digital documentation. This report provides an exhaustive epistemological and clinical analysis of how bureaucratic hypertrophy alienates general practice, compromising the therapeutic relationship and worsening health outcomes for chronic patients. Framed within the Person-Centered Medicine (PCM) paradigm formulated by Professor Giuseppe Rodolfo Brera at the Milan School of Medicine of Ambrosiana University, this study demonstrates that bureaucratic reductionism stems from a mechanistic, biomolecular model that treats human health as a mere technical-statistical entity.

Through the theoretical lenses of Kairology, Psychoneuroendocrineimmunology (PNEI), Relational Epigenetics, and the Health Relativity Theory, administrative friction is identified as a major allostatic stressor that impairs patient coping mechanisms and induces physician burnout. Empirical data from Ambrosiana University demonstrate that replacing bureaucratic compliance with the Person-Centered Clinical Method (PCCM) leads to a 95% improvement in patient understanding, a 75% increase in quality of life, a 70% reduction in

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

unnecessary diagnostic tests and drug prescriptions, and a 55% decrease in avoidable hospitalizations. Reorganizing chronic care around the teleonomic nature of the human person—integrating body, mind, and spirit—is essential to overcome administrative alienation and restore the physician's role as a maieuta of human dignity.

Keywords Person-Centered Medicine; Giuseppe R. Brera; General Practice; Chronic Disease Management; Administrative Burden; Person-Centered Clinical Method (PCCM); Epigenetics; Kairology.

Introduzione e Inquadramento del Problema: La Cronicità Sovraccaricata dalla Burocrazia

La gestione delle patologie croniche non trasmissibili — quali le malattie cardiovascolari, il diabete mellito, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, le patologie neurodegenerative e quelle autoimmuni — costituisce la sfida prioritario-strutturale dei moderni sistemi sanitari universalistici¹. L'invecchiamento progressivo della popolazione e l'aumento della multimorbilità impongono una riorganizzazione radicale dell'assistenza primaria, collocando il Medico di Medicina Generale (MMG) al crocevia fondamentale tra la tutela della salute pubblica e la presa in carico clinica del singolo individuo¹. Tuttavia, la medicina territoriale si trova oggi sommersa da una profonda crisi d'identità e di sostenibilità, determinata dall'ipertrofia degli adempimenti burocratici e amministrativi che soffocano l'atto medico quotidiano².

Il Medico di Medicina Generale, la cui funzione originaria si fonda sulla continuità relazionale, sulla fiducia interpersonale e sulla visione olistica del paziente nel suo contesto di vita, si trova progressivamente trasformato in un mero compilatore di dati e intermediario burocratico per conto delle istituzioni regolatorie e assicurativo-sanitarie⁵. L'introduzione capillare di flussi informativi rigidi, prescrizioni vincolate da registri regionali, Piani Terapeutici (PT) cartacei o digitali di complesso rinnovo, Note AIFA vincolanti e procedure

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della Medicina Centrata sulla Persona

farraginose per l'accesso alle prestazioni specialistiche ha frammentato il tempo dedicato all'ascolto clinico⁵.

Studi condotti sull'organizzazione della Primary Care evidenziano come una quota compresa tra il 25% e il 40% dell'orario di lavoro giornaliero del medico di famiglia sia assorbita da mansioni di natura puramente amministrativa, del tutto prive di valore aggiunto clinico². Nel contesto italiano, circa il 27% delle consultazioni di medicina generale risulta potenzialmente evitabile, essendo generate da inefficienze del sistema di prenotazione esterna, ritardi nelle comunicazioni di dimissione ospedaliera o richieste di rinnovo prescrittivo formale di terapie stabili da anni⁵.

La burocrazia in medicina non rappresenta una semplice disfunzione organizzativa o un inconveniente logistico; essa costituisce un vero e proprio ostacolo epistemologico e clinico¹⁰. Riducendo l'incontro clinico a una sequenza di adempimenti procedurali e codifiche nosografiche, il sistema burocratico aliena il medico dalla sua missione maieutica e declassa il paziente cronico a mero portatore di organo malato o consumatore di risorse¹. Per comprendere la radice di tale fallimento e delineare una via di superamento scientificamente e clinicamente fondata, appare necessario analizzare il problema alla luce della Medicina Centrata sulla Persona (PCM), il paradigma scientifico ed epistemologico ideato dal Prof. Giuseppe Rodolfo Brera presso la Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana¹¹.

L'Anatema Burocratico e la Crisi Epistemologica della Medicina Contemporanea

La Genesi Riduzionista dell'Ipertrofia Amministrativa

La deriva burocratica della medicina generale trae origine dal predominio del paradigma riduzionista e biomolecolare, consolidatosi nel corso del XIX e XX secolo¹¹. Tale modello, fondato su un determinismo meccanicista, concepisce la malattia come un'alterazione

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

puramente anatomo-patologica o biochimica del corpo-macchina, e la salute come semplice assenza di sintomi o parametri alterati¹². In questa prospettiva, la soggettività del paziente, la sua vita emotiva, le sue credenze, la sua ricerca di significato e il suo contesto socio-relazionale vengono espunti dall'equazione diagnostico-terapeutica, poiché considerati variabili non quantificabili o irrilevanti¹⁰.

L'applicazione di questo riduttivismo bio-meccanico alla gestione della sanità pubblica ha prodotto il fenomeno della medicina amministrata o gestionale¹⁰. Nell'illusione di poter controllare la spesa sanitaria e misurare l'efficacia clinica attraverso algoritmi e indici di performance quantitativi, i sistemi sanitari hanno moltiplicato le strutture di controllo burocratico⁴. Le norme prescrittive, quali i Piani Terapeutici per farmaci biotecnologici, antidiabetici di nuova generazione, anticoagulanti orali diretti o la triplice terapia per la BPCO, sono nate inizialmente come strumenti di monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza⁸. Tuttavia, col passare degli anni e con il consolidamento delle evidenze di efficacia e sicurezza di questi principi attivi, la permanenza di tali vincoli si è trasformata in un puro vincolo formale⁹.

Come denunciato dalle principali rappresentanze della professione medica (tra cui la FNOMCeO), l'obbligo di rinnovo periodico dei Piani Terapeutici da parte dei soli specialisti ospedalieri genera milioni di visite ridondanti ogni anno, costringendo i pazienti cronici — spesso anziani e fragili — a continui spostamenti tra presidi territoriali e ospedali al solo scopo di ottenere un timbro o una firma⁹. Si stima che l'eliminazione dei Piani Terapeutici obsoleti e la loro sostituzione con note prescrittive ordinarie o con l'apertura della prescrizione ai medici di medicina generale libererebbe oltre cinque milioni di visite specialistiche all'anno, restituendo tempo clinico prezioso sia agli specialisti sia ai medici di famiglia⁹. La persistenza di queste barriere burocratiche sottrarrebbe importanti risorse assistenziali ai casi complessi o di nuova diagnosi e costringe il medico di medicina generale a un estenuante lavoro di rincorsa burocratica, trasformando la ricetta in una pratica difensiva e alienante⁶.

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

Analfabetismo Epistemologico e Alienazione Professionale

Questo fenomeno riflette ciò che Brera e Galante definiscono analfabetismo epistemologico della medicina contemporanea: l'incapacità dell'istituzione sanitaria e dei suoi operatori di riconoscere i fondamenti concettuali e le teorie scientifiche che sottendono l'atto clinico¹⁰. Credendo che la medicina sia una scienza dura al pari della fisica classica determinista, il sistema sanitario tratta i processi vitali e assistenziali come sequenze di causa-effetto programmabili via software¹⁰.

L'effetto immediato di questo analfabetismo è la depersonalizzazione della cura⁵. Il medico, sopraffatto da schermi di computer, alert prescrittivi, scadenze amministrative e minacce di rivalsa contabile per presunte inappropriately, soffre di un marcato fenomeno di *burnout* professionale². Il tempo della visita, prescrittivamente ridotto a pochi minuti dai carichi di lavoro, viene assorbito dall'inserimento dati, lasciando spazio insufficiente alla comprensione della persona malata². Si produce così una cesura drammatica nel rapporto medico-paziente: il malato si sente inascoltato e reificato; il medico percepisce la propria professione declassata da arte maieutica ed etica a mansione d'ordine burocratico⁵.

Il Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona di

Giuseppe R. Brera: Fondamenti Teorici ed Epistemologici

Per superare la paralisi prodotta dall'ipertrofia burocratica nella cura della cronicità, la scienza medica necessita di un cambiamento di paradigma¹¹. Questo cambiamento è stato teorizzato e sviluppato a partire dal 1998 presso la Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana dal Prof. Giuseppe Rodolfo Brera, attraverso la formulazione del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona (PCM) e la stesura del suo fondamentale *Manifesto Epistemologico* nel 1999-2000¹¹.

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

I Pilastri Epistemologici del Manifesto della Medicina Centrata sulla Persona

La Medicina Centrata sulla Persona scompagina il riduzionismo biomolecolare senza negare i contributi della ricerca biologica, ma integrandoli in una visione antropologica completa e non deterministica¹². I concetti cardine definiti nel *Manifesto Epistemologico* (Anno Domini 2000) e negli sviluppi successivi costituiscono il presupposto filosofico e scientifico per rifondare l'assistenza al paziente cronico¹⁰:

1. La Teleonomia della Natura Umana: L'essere umano non è un mero aggregato meccanico mosso unicamente da spinte istintuali o reazioni chimiche deterministiche, ma è una realtà intrinsecamente teleonomica¹². La *teleonomia* è definita da Brera come la tendenza naturale, consapevole o inconscia, della persona a costruire la propria natura umana come una realtà orientata alla Verità, all'Amore e alla Bellezza¹². Nella cura della cronicità, la malattia non cancella questa spinta teleonomica; al contrario, la sofferenza e la limitazione biologica pongono al paziente una drammatica domanda di senso che richiede una risposta integrata¹².
2. La Persona come Soggetto Tridimensionale Integrato: La persona è considerata un soggetto unico e irripetibile nella sua globalità, dal concepimento alla morte naturale, strutturato dall'interazione costante e di pari dignità etico-epistemologica di tre dimensioni: il *Corpo* (la globalità dinamica dei fenomeni biologici e fisiologici), la *Mente* (il mondo simbolico, affettivo, percettivo, cognitivo e comportamentale) e lo *Spirito* (la naturale e inalienabile domanda di significato, di trascendenza e di orientamento valoriale dell'esistenza)¹². Questi tre mondi non coesistono come entità separate, ma interagiscono in modo teleonomico bidirezionale¹². Le scoperte della Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), dell'epigenetica e della neurobiologia confermano scientificamente che lo stato emotivo, i significati attribuiti all'esistenza e la qualità delle relazioni umane modificano direttamente la trascrizione genica, la risposta immunitaria e la funzione neuroendocrina¹⁰.
3. La Teoria della Relatività Indeterminata dei Fenomeni Biologici al Coping: Dimostrata da Brera, la Teoria della Relatività dei Fenomeni Biologici stabilisce che la reattività

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

biologica e l'esordio o la progressione di una patologia non sono dati assoluti e deterministici, ma sono relativi alla possibilità e alla qualità del *coping* della persona, ossia alla sua capacità biologica, psicologica e spirituale di affrontare ed elaborare gli eventi di vita stressanti (interni ed esterni)¹². Il sistema Soggettività-Biologia-Ambiente (S-B-E) riprogramma costantemente i processi vitali attraverso la simbolizzazione affettiva ed esistenziale¹⁰.

4. Il Nuovo Concetto di Salute: Nel paradigma di Brera, la salute cessa di essere un concetto statico o un semplice stato negativo ("assenza di malattia") per diventare il lavoro attivo e dinamico di costruzione da parte della persona di fattori protettivi che neutralizzano i fattori di rischio¹². La salute si rivela nelle possibilità e nella qualità del coping nel proprio stile di vita, ed è fondamentalmente definita come *"la scelta delle possibilità vere per essere la migliore persona umana"*¹².
5. Il Medico come Maieuta della Dignità Umana e l'Incontro Kairologico: La cura clinica trova il suo culmine nella relazione interpersonale¹². L'incontro tra medico e paziente non è un atto burocratico o una transazione commerciale, ma un *Kairos* — il momento opportuno di grazia e di svolta in cui la sofferenza o la gioia consentono alla persona di scoprire la propria irriducibile dignità¹². Il medico agisce come un maieuta, aiutando il paziente a far emergere le proprie risorse interiori e a diventare il protagonista attivo del proprio processo di guarigione o di adattamento creativo alla cronicità¹⁰.

Fisiopatologia Relazionale e PNEI: L'Impatto Biologico del Vincolo Amministrativo

La decontestualizzazione burocratica dell'assistenza sanitaria danneggia direttamente la fisiologia del paziente cronico¹⁰. L'analisi interazionista e PNEI sviluppata presso la Scuola Medica di Milano rivela una serie di relazioni causali di secondo e terzo ordine tra l'ipertrofia burocratica e il peggioramento delle patologie croniche¹⁰.

Quando il Medico di Medicina Generale è costretto a dedicare il tempo della consultazione

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

alla compilazione di campi informatici e moduli di autorizzazione, il contatto visivo, l'ascolto empatico e l'esame fisico vengono drasticamente ridotti⁶. Dal punto di vista della Epigenetica Relazionale e Morale — disciplina approfondita da Brera e Galante —, la mancanza di sintonizzazione affettiva e di accoglienza maieutica viene percepita dalla persona malata come un segnale di minaccia ed estraniamento¹⁰.

Questa percezione soggettiva attiva l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e il sistema nervoso simpatico del paziente¹². La prolungata secrezione di cortisolo e catecolamine, indotta dallo stress relazionale e dalla frustrazione burocratica (ad esempio la paura di non ottenere il rinnovo di un farmaco essenziale o di non poter prenotare una visita di controllo), innesca un carico allostatico disfunzionale¹². A livello epigenetico, lo stress cronico altera i pattern di metilazione del DNA nei promotori dei geni che regolano i recettori dei glucocorticoidi (come il gene *NR3C1*) e le citochine pro-infiammatorie¹⁷. Nei pazienti affetti da patologie cardiovascolari, diabete o malattie autoimmuni, ciò si traduce in un aumento dello stato infiammatorio sistemico (IL 6, TNF α), favorendo la progressione della patologia organica e scompensando l'equilibrio metabolico ed emodinamico¹⁷.

Il sistema burocratico costringe il medico ad adottare una diagnostica e una prescrittiva basate quasi esclusivamente sul dato nosografico e laboratoristico (l'ansia della codifica o "ansia nosografica")¹⁰. Anziché valutare le risorse di *coping* del paziente e sostenere la sua motivazione al cambiamento dello stile di vita, il medico burocratizzato applica rigidi protocolli farmacologici¹⁰. Tuttavia, un paziente cronico privo di una relazione terapeutica significativa e disorientato dai cavilli amministrativi sviluppa un profondo senso di impotenza appresa (*learned helplessness*)¹. La perdita di fiducia nell'alleanza terapeutica riduce drasticamente l'aderenza ai trattamenti e spinge il paziente a consultazioni inappropriate o all'uso incontrollato del pronto soccorso, determinando l'esatto contrario dell'appropriatezza e del contenimento della spesa perseguiti in teoria dai regolatori burocratici².

Analisi Comparativa dei Modelli Assistenziali ed Evidenze Cliniche

Per comprendere appieno l'abisso che separa la gestione burocratico-riduzionista dall'applicazione del paradigma centrato sulla persona, è opportuno confrontare direttamente i due modelli di assistenza alla cronicità e analizzare le evidenze empiriche di efficacia clinica raccolte presso l'Università Ambrosiana¹⁰.

Confronto Paradigmatico nell'Assistenza Primaria

Dimensione di Analisi	Paradigma Biomedico-Burocratico (Medicina Amministrata)	Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona (Giuseppe R. Brera)
Epistemologia di fondo	Determinismo meccanicista, riduzionismo biomolecolare, positivismo quantitativo ¹² .	Interazionista, teleonomico, indeterminato, complesso (S-B-E System) ¹² .
Oggetto della Cura	La malattia organica, la patologia nosografica, la codifica ICD, il parametro alterato ¹⁰ .	La Persona malata nella sua tridimensionalità globale: Corpo, Mente e Spirito ¹² .
Ruolo del Medico	Esecutore tecnico di protocolli, compilatore di flussi informativi e gestore di Piani Terapeutici ⁶ .	Maieuta della Dignità Umana, educatore alla salute, ricercatore delle risorse di coping ¹⁰ .
Ruolo del Paziente	Recettore passivo di prescrizioni, oggetto di adempimenti burocratici e verifiche di conformità ¹ .	Soggetto attivo, protagonista teleonomico della propria salute e costruttore di fattori protettivi ¹² .

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

Natura della Relazione	Transazionale, burocratica, spesso difensiva e frammentata dal sovraccarico informatico ⁵ .	Alleanza terapeutica maieutica, incontro interpersonale fondato sul significato (<i>Kairos</i>) ¹² .
Gestione della Cronicità	Frammentazione in linee guida rigide, vincoli di Nota AIFA e Piani Terapeutici specialistici ⁹ .	Integrazione della clinica con l'epigenetica relazionale e potenziamento del Coping individuale ¹⁰ .
Definizione di Salute	Assenza di malattia organica o rientro nei range dei parametri di laboratorio ¹² .	Costruzione dinamica di fattori protettivi per la realizzazione della persona (verità , amore, bellezza)) ¹² .

Evidenze Empiriche di Efficacia del Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM)

L'adozione del Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM) ideato da Brera non rappresenta soltanto un'istanza etica o filosofica, ma dimostra una superiore efficacia clinica ed economica rispetto alla pratica burocratizzata¹¹. Studi condotti presso la Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana hanno quantificato l'impatto dell'applicazione del PCCM da parte dei medici di medicina generale nella gestione dei pazienti con patologie croniche¹³.

Indicatore Clinico / Assistenziale	Modello Burocratico-Standard	Modello Centrato sulla Persona (PCCM)	Variazione Percentuale / Impatto
Comprensione profonda della persona del paziente	Superficiale / Parziale (focalizzata sul sintomo nosografico) ¹⁰	Ottimale e globale (valutazione tridimensionale Corpo-Mente-Spirito) ¹²	+95% dei casi con comprensione globale ¹³

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

Miglioramento della Qualità della Vita (QoL)	Stazionaria o in declino legato al Carico Allostatico ¹²	Incremento significativo e percezione di benessere integrato ¹²	+75% dei pazienti con miglioramento QoL ¹³
Prescrizioni farmacologiche ridondanti o inappropriate	Elevate (generate da medicina difensiva e cascata prescrittiva) ¹⁰	Drasticamente ridotte grazie alla focalizzazione sui fattori protettivi ¹²	-70% di farmaci inutili prescritti ¹³
Richiesta di esami diagnostici e specialistici inutili	Ipertrofica (spinta dall'ansia nosografica del medico e del paziente) ²	Minimizzata attraverso la chiarificazione clinica maieutica ¹⁰	-70% di accertamenti tecnici inutili [cite: 13]
Ospedalizzazioni e accessi impropri in Pronto Soccorso	Frequenti causa scompenso allostatico e fallimento del coping ¹	Drasticamente abbattute per merito della tenuta dell'alleanza relazionale ⁵	-55% di ricoveri ospedalieri evitabili [cite: 13]

L'analisi di queste evidenze dimostra un apparente paradosso: *la burocrazia, introdotta dai sistemi di governo sanitario per contenere i costi, finisce per far lievitare la spesa globale*, inducendo risposte cliniche ed esami difensivi, scompensi organici da stress relazionale e ricoveri evitabili⁵. Al contrario, l'investimento sulla qualità della relazione terapeutica e sulla formazione dei medici al Metodo Clinico Centrato sulla Persona produce un imponente risparmio di risorse economiche e di sofferenza umana¹³.

Il Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM) e la Diacrisi come Risposta Operativa

Per affrancare la Medicina Generale dalle secche della burocrazia alienante, non è sufficiente semplificare le norme amministrative; è necessario che il medico acquisisca una nuova metodologia clinica rigorosa e scientificamente validata¹⁰. Tale metodologia è rappresentata dal Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM), introdotto

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

nell'insegnamento universitario della Scuola Medica di Milano fin dal 1998¹¹.

Il PCCM sostituisce la diagnosi puramente nosografica con il concetto operativo di Diacrisi¹⁰. La Diacrisi è l'atto sintetico-interpretativo che integra simultaneamente due dimensioni fondamentali:

1. La Diagnosi di Persona: l'identificazione della struttura di personalità del paziente, delle sue risorse evolutive, del suo stile di coping, dei suoi fattori protettivi, della sua domanda spirituale ed esistenziale di senso e della qualità delle sue relazioni interpersonali¹².
2. La Diagnosi di Malattia: la valutazione scientifica rigorosa dei segni, dei sintomi, delle alterazioni anatomico-fisiologiche e dei parametri bio-umoral relativi alla patologia cronica¹².

La Diacrisi consente al medico di non rimanere ostaggio dell'ansia nosografica — che spinge alla sovra-prescrizione di farmaci ed esami per coprire ogni minima deviazione dalla norma statistica — ma di interpretare il dato biologico all'interno della storia unica della persona¹⁰.

Un elemento fondante del PCCM nella gestione della cronicità è l'applicazione del Counselling Medico, ideato da Brera nel 1991¹¹. Il Counselling Medico non è una forma di psicoterapia, né una semplice consulenza informale, ma una tecnica clinica maieutica attraverso la quale il medico guida il paziente a prendere consapevolezza delle proprie possibilità di salute e di scelta etico-esistenziale¹⁰.

Come evidenziato dalle ricerche di Galante sulla funzione della *Volontà* nella Medicina Centrata sulla Persona, la guarigione o la stabilizzazione di una malattia cronica dipendono dall'attivazione della risposta volitiva e morale del paziente¹⁰. Un sistema burocratico tratta il paziente come un soggetto passivo da controllare; il Counselling Medico, al contrario, stimola la risposta teleonomica e la volontà di guarire, aiutando il malato a riorganizzare il proprio stile di vita, la propria alimentazione, la propria attività fisica e le proprie risposte

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

allo stress¹². Attraverso questo percorso maieutico, la persona cronica smette di vivere la terapia come un'imposizione esterna soffocata da adempimenti burocratici e la trasforma in una scelta libera e responsabile per la realizzazione della propria vita¹⁰.

Conclusioni e Prospettive Politico-Sanitarie

L'analisi condotta dimostra in modo inequivocabile che l'ipertrofia burocratica costituisce un vero e proprio limite strutturale, clinico ed epistemologico per la Medicina Generale nell'assistenza alle persone con patologie croniche¹. Riducendo la pratica medica a un esercizio di conformità amministrativa, il sistema sanitario contemporaneo soffoca la relazione terapeutica, induce il burnout nei professionisti della salute e innesca reazioni di stress allostatico nei pazienti, con il risultato di peggiorare i quadri clinici e far lievitare i costi assistenziali globali⁵.

Il superamento di questa crisi richiede una rivoluzione scientifica e culturale che metta al centro il paradigma della Medicina Centrata sulla Persona formulato dal Prof. Giuseppe Rodolfo Brera¹¹. Alla luce dei principi della Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana e delle evidenze empiriche disponibili, si tracciano le seguenti raccomandazioni politico-sanitarie e metodologiche⁹:

1. Radicale Deburocratizzazione dell'Atto Prescrittivo: In linea con le istanze della FNOMCeO e i recenti aggiornamenti normativi (quali l'evoluzione della Nota AIFA 97, della Nota 99 e l'istituzione della Nota N01), è urgente eliminare l'obbligo di rinnovo specialistico per i farmaci d'uso consolidato nella cronicità⁸. La responsabilità prescrittiva deve essere restituita appieno al Medico di Medicina Generale, abilitandolo a gestire la continuità terapeutica senza interposizioni burocratiche⁹. Le Note AIFA devono tornare a essere strumenti trasparenti di guida all'appropriatezza scientifica e non cavilli amministrativi sanzionatori⁹.
2. Riforma della Formazione Medica (Medical Education): È necessario superare

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

l'analfabetismo epistemologico della classe medica introducendo nei corsi di Laurea in Medicina e nelle Scuole di Specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie l'insegnamento dell'epistemologia interazionista, della Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), dell'epigenetica relazionale e della Teleonomia umana¹⁰. I medici di medicina generale devono essere addestrati all'uso della Diacrisi e delle tecniche di Counselling Medico, al fine di acquisire competenze relazionali rigorose per la conduzione dell'incontro clinico e la gestione maieutica del paziente cronico¹⁰.

3. Riorganizzazione del Tempo Clinico e Risorse Territoriali: La legislazione e gli Accordi Collettivi Nazionali della Medicina Generale devono formalizzare e tutelare il tempo dell'ascolto e della comunicazione empatico-maieutica come prestazione clinica fondamentale, inderogabile e non sostituibile da adempimenti informatici ("tempo di relazione come tempo di cura")²². Inoltre, le Aziende Sanitarie e le aggregazioni territoriali (Case di Comunità, COT, AFT) devono farsi carico della gestione amministrativa e del flusso dati attraverso segreterie dedicate e figure infermieristiche, liberando integralmente il medico di famiglia da compiti di codifica ed data-entry passivo².

Soltanto affrancando la medicina generale dalle catene della burocrazia riduzionista e riorganizzando l'assistenza primaria attorno alla tridimensionalità della persona umana (Corpo, Mente e Spirito) sarà possibile garantire un'assistenza alla cronicità che sia scientificamente avanzata, economicamente sostenibile e autenticamente umana¹⁰.

Bibliografia

1. Belleri G. La gestione del paziente cronico: modelli esplicativi a confronto. *Recenti Prog Med.* 2022 Apr;113(4):237-243. Disponibile su:

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

<https://www.recentiproggressi.it/archivio/3792/articoli/37764/>

2. Shemtob L, Martin M, Junghans C, Painter A, Gopal D. Written evidence submitted by Dr Lara Shemtob, Dr Martha Martin, Dr Connie Junghans, Dr Annabelle Painter, Dr Dipesh Gopal and Dr... UK Parliament; 2021. Disponibile su:

<https://committees.parliament.uk/writtenevidence/41743/pdf/>

3. WONCA Europe. Programme – Paris 2026. 29th WONCA Europe Conference; 2026.

Disponibile su: <https://woncaeurope2026.org/programme/>

4. Harris MF, Zwar N. Care of Patients with Chronic Disease: The Challenge for General Practice. *Med J Aust*. 2007 Jul 16;187(2):104-107. Disponibile su:

https://www.researchgate.net/publication/6203508_Care_of_Patients_with_Chronic_Disease_The_Challenge_for_General_Practice

5. The Health Creation Alliance. Making Time in General Practice: Full Report. 2015 Oct.

Disponibile su:

<https://thehealthcreationalliance.org/wp-content/uploads/2018/11/Making-Time-in-General-Practice-FULL-REPORT-06-10-15.pdf>

6. Washington Medical Commission. WMC Meeting Packet. WMC; 2023. Disponibile su:

https://wmc.wa.gov/sites/default/files/Meeting%20Packet_2.pdf

7. Time and the patient-physician relationship. ResearchGate; Disponibile su:

https://www.researchgate.net/publication/228000859_Time_and_the_patient-physician_relationship

8. Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano (OMCeO Milano). Archivio per:

News. OMCeO Milano; Disponibile su: <https://omceomi.it/news-2/>

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

9.Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). Piani terapeutici, semplificare a favore del paziente. La proposta FNOMCeO. *TrendSanità*; 2023. Disponibile su:

<https://trendsanita.it/piani-terapeutici-semplificare-a-favore-del-paziente-la-proposta-fnomceo/>

10.Galante V. Il Ruolo del Medico nella Medicina Centrata sulla Persona: Dall'Analfabetismo Epistemologico alla Maieutica della Dignità. *Comitato Sanitario Nazionale*. 2026 Giu. Disponibile su:

https://www.researchgate.net/publication/407289618_Il_Ruolo_del_Medico_nella_Medicina_Centrata_sulla_Persona_Dall'Analfabetismo_Epistemologico_alla_Maieutica_della_Dignita

11.Brera GR. *La medicina centrata sulla persona. Il cambiamento di paradigma della scienza medica*. Milano: Università Ambrosiana; 2010. ISBN: 9788890475542.

12.Università Ambrosiana. Manifesto epistemologico della medicina centrata sulla persona. Università Ambrosiana; Disponibile su: <https://www.unambro.it/html/manita.htm>

13.Comitato Sanitario Nazionale. La medicina centrata sulla persona e l'epopea della conoscenza: l'integrazione tra il paradigma di Giuseppe R. Brera e la visione dantesca nella scienza medica contemporanea. CSN; 2026 Lug 21. Disponibile su:

<https://www.adolescentologiaonline.it/2026/07/21/la-medicina-centrata-sulla-persona-e-lepo-pea-della-conoscenza-lintegrazione-tra-il-paradigma-di-giuseppe-r-brera-e-la-visione-dantesca-nella-scienza-medica-contemporanea/>

14.Consumer-Directed Healthcare and The Physician-Patient Relationship. Scholar Commons, University of South Carolina; Disponibile su:

https://scholarcommons.sc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1328&context=senior_theses

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

15.Motore Sanità. Documento di sintesi: NOTA 97 – Ad un anno dalla sua applicazione.

Motore Sanità; 2022 Mar 22. Disponibile su:

<https://www.motoresanita.it/wp-content/uploads/2022/05/DOCUMENTO-DI-SINTESI-NOTA-97-Ad-un-anno-dalla-sua-applicazione-22-marzo-2022.pdf>

16.FIMMG Cuneo. Nuova Nota 99: sparisce il piano terapeutico specialistico per la triplice.

FIMMG Cuneo; Disponibile su:

<https://www.fimmgcuneo.org/nuova-nota-99-sparisce-il-piano-terapeutico-specialistico-per-la-triplice/>

17.Università Ambrosiana. Medicina centrata sulla persona. Università Ambrosiana News;

Disponibile su: <https://www.universitaambrosiananews.it/medicina-centrata-sulla-persona/>

18.Adolescentologia e Medicina dell'Adolescenza. Tag: Giuseppe R. Brera. Disponibile su:

<https://www.adolescentologiaonline.it/tag/giuseppe-r-brera/>

19.Brera GR. Person Centered Medicine: Theory, Teaching, Research. ResearchGate;

Disponibile su:

https://www.researchgate.net/publication/215528815_Person_Centered_MedicineTheoryTeachingResearch

20.Galante V. Epigenetica Relazionale e Morale: La Rivoluzione del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona della Scuola Medica di Milano. ResearchGate; 2026.

Disponibile su:

https://www.researchgate.net/publication/408491470_Epigenetica_Relazionale_e_Morale_La_Rivoluzione_del_Paradigma_della_Medicina_Centrata_sulla_Persona_della_Scuola_Medica_di_Milano

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

21. Comitato Sanitario Nazionale. Archivi: Counselling medico. CSN; Disponibile su:

<https://www.adolescentologiaonline.it/category/counselling-medico/>

22. Galante V. Profilo professionale e pubblicazioni. ResearchGate; Disponibile su:

<https://www.researchgate.net/profile/Vito-Galante>

23. SNAMI Roma. Appropriatezza Prescrittiva nella Regione Lazio: svolta epocale. SNAMI Roma; 2023 Ago 19. Disponibile su:

<https://www.snamiroma.org/wp1/2023/08/19/appropriatezza-prescrittiva-nella-regione-lazio-svolta-epocale/>

24. Editoria Università Ambrosiana. La persona dell'adolescente e la medicina centrata sulla persona. Editoria Università Ambrosiana; Disponibile su:

<https://www.editoriauniversitaambrosiana.it/la-persona-delladolescente-e-la-medicina-centrata-sulla-persona/>

25. Adolescentologia e Medicina dell'Adolescenza. Categoria: Person Centered Medicine.

Disponibile su: <https://www.adolescentologiaonline.it/category/person-centered-medicine/>

26. The Medicine and Health Paradigm Shift. ResearchGate; Disponibile su:

https://www.researchgate.net/publication/390557800_THE_MEDICINE_AND_HEALTH_PARADIGM_SHIFT

27. Comitato Sanitario Nazionale. La Volontà nella Medicina Centrata sulla Persona secondo il Paradigma di Giuseppe R. Brera: Fondamenti Epistemologici, Clinici ed Epigenetici. CSN; 2026 Ago 17. Disponibile su:

<https://www.adolescentologiaonline.it/2026/08/17/la-volonta-nella-medicina-centrata-sulla-persona-secondo-il-paradigma-di-giuseppe-r-brera-fondamenti-epistemologici-clinici-ed-epigenetici/>

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

28. Galante V. Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona. ResearchGate; 2026. Disponibile su:
https://www.researchgate.net/publication/407288782_Epistemologia_della_Riforma_Territoriale_Analisi_Critica_del_Decreto-Legge_Schillaci_alla_Luce_del_Paradigma_della_Medicina_Centrata_sulla_Persona

29. Doctor33. MMG privato, il Regno Unito fa sul serio. Ecco gli scenari a confronto con l'Italia. Doctor33; Disponibile su:
<https://www.doctor33.it/articolo/60353/mmg-privato-il-regno-unito-fa-sul-serio-ecco-gli-scenari-a-confronto-con-litalia>

[1] Pubblicato su www.adolescentologiaonline.it/ il 22/08/2026

[2] Docente presso la Scuola Medica di Milano e il Dipartimento di Adolescentologia dell'Università Ambrosiana

Direttore del Comitato Sanitario Nazionale

Vice-Presidente della Società Italiana di Adolescentologia e Medicina dell'Adolescenza (SIAd)

Vice-Presidente della World Society of Person-Centered Medicine e Presidente della Delegazione Europea

La Burocrazia come Limite della Medicina Generale nell'Assistenza
alla Cronicità: Analisi Epistemologica e Clinica alla Luce della
Medicina Centrata sulla Persona

Direttore del Laboratorio di ricerca in Counselling medico dell'adolescente presso la Scuola
Medica di Milano

Direttore del Laboratorio di genitorialità creativa dell'Accademia Genitori

Email: vgalante@unambro.it — vgalante@adolescentologia.it

How useful was this post?

Click on a star to rate it!

Submit Rating

Average rating 0 / 5. Vote count: 0

No votes so far! Be the first to rate this post.

As you found this post useful...

Follow us on social media!