

## Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

### La prospettiva biopsicosociale nella rappresentazione dei medici di medicina generale di Roma

Cordella Barbara (Sapienza Università di Roma, Italia)

Greco Francesca (Sapienza Università di Roma, Italia)

Natalia De Nigris (Associazione Il sentiero dorato ONLUS)

Angelita Castellani (Istituto Nazionale di Statistica)

**Abstract** Nowadays, the opportunity to use the bio-psycho-social model in the primary care (PC) practice has been enhanced. According to literature, 84% of the ailments do not have an organic etiology and are often related to psychosocial problems (marital conflict, grief, etc.). The aim of the research is to explore the PC practitioners' perception of the bio-psycho-social model and the way it sets their professional practice. In order to actualize this investigation, it was set a purposive sample of PC practitioners of the NHS (National Health Service) of Rome (no. 29), who have been subjected to an open-question interview. The transcriptions undergo a text analysis to identify factors and clusters revealing participants' perception. The findings show how participants follow the diagnosis and treatment logic and assign minor relevance to the psychosocial aspects, at the most referring the chronic or psychiatric patient to a specialist. A change in the medical training program conveys the impression of being a useful strategy to promote the bio-psycho-social model.

**Sommario** 1. Introduzione. – 2. Metodologia. – 2.1. Il campione ragionato. 2.2. – Analisi dei dati. – 3. Risultati. – 4. Conclusioni.

**Keywords** Primary care practitioner. Bio-psycho-social model. Text analysis.

#### 1 Introduzione

Il presente studio ha esplorato il modo in cui i medici di medicina generale si pongono nei confronti della prospettiva biopsicosociale e le modalità secondo le quali essa orienta la loro prassi professionale. Tale tematica assume particolare rilevanza se si considera l'attuale crisi economico/finanziaria europea, che porta a organizzare le politiche sanitarie in relazione alla necessità di assicurare, nel tempo, la sostenibilità del sistema, anche a fronte del crescente invecchiamento della popolazione e del conseguente aumento dell'autoinsufficienza a fronte di una rete di protezione familiare indebolita (Ardigò 2006).

In Italia e in Europa, la necessità di contenere i costi della spesa sanitaria, in costante aumento, sembra essersi focalizzata sulla possibilità di alleggerire il carico della sanità pubblica ricorrendo a quella integrativa. Tuttavia, tale strategia sembra non tenere conto del progressivo impo-

verimento della popolazione che ha comportato una crescente disparità nella possibilità di accesso ai servizi sanitari privati. La crisi economica e finanziaria italiana, cambiando le condizioni di vita delle famiglie (Ardigò 2006) e, di conseguenza, riducendo la possibilità di accesso a beni e servizi, ha, di fatto, incrementato l'esigenza delle prestazioni pubbliche e ridotto la possibilità di fare ricorso a una qualsivoglia forma di sanità integrativa. Il processo di cambiamento dei sistemi sanitari è sicuramente complesso e vede in specifiche realtà locali l'attuazione di sperimentazioni tese a trovare soluzioni innovative (Bertin, Cipolla 2013).

In questo panorama, alcuni autori (Solano 2011; Bersenson et al. 2011) sostengono che l'assunzione di una prospettiva biopsicosociale ridurrebbe la spesa sanitaria e favorirebbe la prevenzione primaria. Scrive, ad esempio, Solano che la prospettiva biopsicosociale, portata avanti presso gli studi dei medici di medicina generale, sarebbe particolarmente utile nelle situazioni

in cui non si sono organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico o organizzazioni intrapsichiche fortemente limitanti una realizzazione ottimale dell'individuo (p. 43)

poiché, in questi casi, la possibilità di dar senso alla sintomatologia proposta assumerebbe una funzione preventiva, favorendo una riduzione della spesa sanitaria.

Di contro, i detrattori del modello biopsicosociale, pur accettandone in linea di principio le premesse, ne contestano la difficile applicabilità in ambiti specifici e la finalità utopistica, poiché lo stato di salute, essendo un diritto di tutti i cittadini, dovrebbe essere garantito. A fronte dell'impossibilità di fornire tale garanzia, il modello viene considerato più come un insieme di principi a cui tendere che come un modello da applicare (Grasso, Stampa 2014).

Di fatto, attualmente, si assiste al prevalere del modello biomedico che riconduce il mantenimento dello stato di salute alla sola dimensione biologica. In questa prospettiva, il sapere specialistico e l'innovazione tecnologica sembrano occupare un posto preminente, misconoscendo l'utilità di restituire al malato la capacità di fare fronte alla morte, alla malattia e al dolore sviluppandone l'empowerment (Illich 2003). Il numero delle specializzazioni cresce e ci si focalizza sempre di più, oggettivando il paziente, sul rilevamento di aspetti specifici degli stati patologici, grazie anche alle innovazioni tecnologiche nel campo della diagnosi, dell'intervento medico-chirurgico e farmacologico. La presenza di questa parcellizzazione delle competenze vede nella medicina generalista un perno del sistema sanitario, a cui viene affidato il compito di interconnettere le diverse branche, al fine di garantire e mantenere una visione integrata e olistica della salute e dei processi di cura, sia delle singole persone sia delle comunità a cui esse afferiscono.

Nello schema del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, infatti, viene attribuita centralità alle strutture territoriali e alle cure primarie a cui si affidano numerosi e importanti obiettivi. Il principale è quello di promuovere il benessere e affrontare i problemi di salute nella comunità incoraggiando le persone ad aumentare la capacità di realizzare e mantenere uno stato di benessere fisico, mentale e sociale. Un altro obiettivo strategico è quello di prendere in carico i pazienti in modo globale. Così, il medico di medicina generale (MMG), dovrebbe assumersi la responsabilità della salute dei pazienti e delle loro famiglie nella loro complessità, integrando le dimensioni biologica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale, garantendo la continuità temporale. Questa prospettiva è rintracciabile nella legge 189/12 che istituisce la creazione delle case della salute, le quali, secondo Bertin (2015), perseguono l'obiettivo di incrementare l'empowerment della persona che si rivolge al Sistema Sanitario, concependo quest'ultimo non come una rete, ma come un sistema integrato delle diverse professionalità.

In ambito internazionale già da diversi anni si sostiene l'opportunità di utilizzare il modello biopsicosociale nella prassi della medicina generale (ad esempio, Skillings, Murdoch, Porcerelli 2010; Miller, Mendenhall, Malik 2009; McDaniel, LeRoux 2007; Rozensky 2006; James 2006; Bray 2004), anche perché, secondo alcune stime realizzate negli Stati Uniti, l'84% dei casi di disagio che si presentano alla medicina generale non ha una eziologia organica (Kroenke, Mangelsdorff 1989) e il 70% dei disagi sono relativi a problemi di carattere psicosociale (conflitti coniugali, lutti, ecc.) (Gatchel, Oordt 2003).

In questa prospettiva, è possibile rintracciare articoli nei quali si esplorano il ruolo che, ad esempio, gli psicologi potrebbero assumere nella medicina generale (Nash et al. 2012), l'utilità di una formazione specialistica nel settore specifico (Kaslow, Graves, Smith 2012) e il modello di formazione interdisciplinare realizzato già da diversi anni presso la Eastern Virginia Medical School (Cubic et al. 2012).

L'accento posto sulla necessità di pensare a una formazione interdisciplinare deriva da alcune evidenze: i medici sono, di fatto, formati per intervenire solo su una parte delle richieste che giungono loro dal territorio e gli psicologi, d'altro canto, ricevono una formazione inadeguata per collaborare con la medicina generale, poiché troppo spesso sono orientati a intervenire solo attraverso la psicoterapia o la valutazione psicodiagnostica.

L'attenzione per questo tema, in Italia, è sostenuta dalla scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università Sapienza di Roma, in particolare dal professor Solano che, sin dal 2000, conduce una sperimentazione nel corso della quale, per un giorno a settimana, si realizza l'affiancamento di un medico di medicina generale a uno specializzando della scuola. In una recente pubblicazione (Solano 2011) si sottolinea come l'affiancamento dei due professionisti abbia lo scopo di costruire e

sperimentare un'operatività capace di cogliere quella dimensione psicosomatica che sottende ogni richiesta di intervento e risulta particolarmente utile per la prevenzione. La possibilità di intervenire precocemente sul disagio espresso dalla popolazione permetterebbe di realizzare un duplice obiettivo: effettuare interventi in grado di soddisfare la domanda di salute ed evitare la dispersione di risorse economiche e finanziarie. In questa direzione sembra cogliersi un aspetto di quanto auspicato da Barroso (2011), secondo il quale l'innovazione sociale sta nella possibilità di intercettare i bisogni sociali insoddisfatti, trovando una soluzione per questi ultimi.

Intorno a questo tema sembra evidenziarsi una convergenza di tutta la letteratura consultata, anche se divergono le soluzioni adottate e non sono stati prodotti dati univoci su quale soluzione sia da preferire. Alla base di queste divergenze si riscontrano modi diversi di intendere la realizzazione della prospettiva biopsicosociale. Essa infatti può essere assunta come capacità di connessione tra branche specialistiche, da realizzarsi a valle del processo diagnostico operato dal MMG, o come un nuovo modo di intendere questo processo, che richiede la presenza di più professionisti sin dalle prime fasi di intervento. È indubbio che la prima ipotesi sia la più diffusa, mentre la seconda richiede una revisione del modello operativo, possibile, a nostro avviso, solo se si riconosce la parzialità di ogni branca della conoscenza e la conseguente necessità di un'integrazione.

Esistono le condizioni per una revisione del modello operativo, così come la sperimentazione del prof. Solano lascerebbe auspicare? Per rispondere a questa domanda, la presente ricerca ha inteso esplorare la rappresentazione della prospettiva biopsicosociale espressa dai MMG presenti nel Comune di Roma.

## **2 Metodologia**

Al fine di studiare in che modo i MMG rappresentano il modello biopsicosociale, si è fatto ricorso a una metodologia di analisi statistica di dati testuali (Cipriani, Bolasco 1995). Tale scelta metodologica assume significato se si considera la prospettiva assunta. Chi scrive si colloca entro una prospettiva di matrice socio-costruttivista a orientamento psicodinamico, che interpreta il comportamento degli attori sociali come il prodotto dei processi di categorizzazione conscia e inconscia della realtà, processi socialmente condivisi e costruiti. Secondo questa prospettiva, il comportamento, le aspettative, gli atteggiamenti, così come le narrazioni sono il prodotto delle rappresentazioni sociali (1989), che sono generate da processi inconsci socialmente condivisi (Carli 1990). L'analisi delle narrazioni, quindi, consentendo di esplorare le categorie inconsce di significazione delle realtà (Freda 2008) e le rappresentazioni che ne derivano, favoriscono la comprensione dei comportamenti che organizzano le

interazioni entro uno specifico contesto sociale. In tal senso, il modo con cui i MMG rappresentano il modello biopsicosociale orienta la loro prassi professionale.

Poiché i processi sociali inconsci influenzano le modalità con cui gli attori sociali rappresentano la realtà e la narrano, il processo di elaborazione dati, che qui proponiamo, ha come obiettivo principale la comprensione di *come* si organizza la narrazione, lasciando sullo sfondo il *che cosa* si narra. In tal senso, si assume che, se la dimensione conscia organizza la sequenza delle parole in modo da essere comprensibile, quella inconscia influenza la scelta delle parole utilizzate per rappresentare l'oggetto. Pertanto, se attraverso l'analisi del contenuto manifesto è possibile individuare le tematiche attraverso le quali si organizza la comunicazione, l'analisi di quali parole che co-occorrono nel testo, in assenza dei nessi logici della comunicazione, consente di fare delle ipotesi relative alle categorie inconse di interpretazione della realtà e alle rappresentazioni generatrici delle interazioni dei MMG entro il contesto sanitario.

## 2.1 Il campione ragionato

È stato costruito un campione ragionato (n=29) in base al genere e alla collocazione sul territorio di medici operanti nelle ASL del Comune di Roma. I medici di medicina generale da contattare sono stati selezionati dalle liste presenti sul sito della Regione Lazio.

Ai partecipanti è stata inviata una lettera di presentazione dello studio e successivamente gli stessi sono stati contattati telefonicamente per concordare un appuntamento.

Come strumento di raccolta dati è stata utilizzata un'intervista in profondità, attraverso una sola domanda aperta, in modo di stimolare il parlante a esprimere liberamente i propri pensieri in relazione al tema dell'intervento biopsicosociale nella propria esperienza professionale. Ai partecipanti è stato chiesto, inoltre, di compilare una scheda per la raccolta di alcune informazioni utili alla comprensione delle caratteristiche del campione selezionato (tab. 1).

Tabella 1. Caratteristiche del campione

<b>Partecipanti</b>	n=29
<b>Genere:</b>	
<b>Maschi</b>	n= 16 (55%)
<b>Femmine</b>	n= 13 (45%)
<b>Collocazione territoriale</b>	
<b>Centro di Roma</b>	n= 14 (50% femmine, 50% maschi)
<b>Periferia si Roma</b>	n= 15 (40% femmine, 60% maschi)
<b>Età</b>	m= 57 sd= 7,2
<b>Anni di servizio</b>	m= 23 sd= 11,4
<b>Numero degli assistiti</b>	m= 1139 sd= 419,7
<b>Specializzazione in altre branche mediche</b>	
<b>Si</b>	69%
<b>No</b>	31%
<b>Status socio economico degli assistiti</b>	
<b>Basso</b>	24%
<b>Medio</b>	62%
<b>Alto</b>	14%

Al momento dell'intervista, i partecipanti sono stati nuovamente informati sugli scopi della ricerca ed è stato raccolto il loro consenso informato.

## 2.2 Analisi dei dati

Le interviste realizzate sono state audio registrate e integralmente trascritte; i testi sono stati raccolti in un unico corpus (tab. 2), che è stato sottoposto ad analisi testuale attraverso lo strumento T-Lab (Lancia 2012) al fine di individuare fattori e cluster indicativi delle rappresentazioni degli intervistati. Il programma realizza un'analisi dei cluster con un algoritmo bisecting K-Means, limitato a 10 partizioni (si escludono tutti quei contesti elementari che non presentano almeno 2 co-occorrenze), e un'analisi delle corrispondenze sulla matrice unità lessicali per cluster. Questa procedura consente di costruire una mappatura dei contenuti del corpus in funzione della co-occorrenza delle parole chiave selezionate. I cluster, pertanto, sono caratterizzati da insiemi di unità lessicali che condividono le stesse unità di contesto elementare (CE) (Greco, Ragusi 2012; Salvatore et al. 2012; Cordella, Greco, Raso 2014).

Tabella 2. Elementi rilevanti per l'elaborazione dei dati

<b>Indici quantitativi del corpus</b>	<b>Polirematiche</b>	<b>Criteri di selezione parole chiave</b>	
Testi	29	assistenza domiciliare	Soglia di frequenza superiore 89
Token	48397	case della salute	Soglia di frequenza inferiore 22
Type	5699	centro di igiene	Parole chiave 117
Hapax	3034	medicina di base	CE totali 977
TTR	0,12	medicina generale	CE in analisi 897
Hapax/Type	0,53	medico di base medico di famiglia sala d' aspetto	% CE in analisi 92%

Il processo di interpretazione dei dati è stato realizzato individualmente da quattro giudici. Inizialmente, si interpreta lo spazio fattoriale, quale organizzatore di categorie di senso (spazio culturale) entro le quali si collocano le tematiche portate dai cluster. A tale scopo, le parole che costituiscono gli assi fattoriali vengono considerate nel loro insieme, al fine di individuare la dimensione generale che le caratterizza e che si contrappone a quella della polarità opposta. Pertanto, il processo di interpretazione porta a individuare quella particolare dimensione di senso veicolata dall'asse, che si organizza attraverso due categorie contrapposte tra loro (i due poli del fattore).

Una volta definite le dimensioni che organizzano lo spazio *culturale*, i grafici relativi alla collocazione dei cluster nello spazio fattoriale consentono di costruire una matrice cluster per fattore in cui ogni cluster si colloca entro uno spazio definito dalle categorie esplicitate dagli assi fattoriali. Successivamente, in funzione della posizione occupata dal cluster entro lo spazio culturale e delle parole che caratterizzano i cluster, si individuano le tematiche caratterizzanti le rappresentazione del modello biopsicosociale.

### 3 Risultati

I risultati evidenziano 3 fattori rappresentativi delle categorie emozionali generative della rappresentazione dell'intervento biopsicosociale (tab. 3), entro il cui spazio si collocano i 4 cluster indicativi delle diverse tematiche caratterizzanti la rappresentazione dell'intervento.

Tabella 3. Sintesi dei fattori (elenco delle prime 13 unità lessicali ordinate per contributo assoluto e percentuale di inerzia spiegata dai fattori)

<b>FATTORE 1 (39,43%) Intervento</b>		<b>FATTORE 2 (33,10%) Relazione</b>		<b>FATTORE 3 (27,47%) Focus</b>	
<b>Assistenza Polo Negativo</b>	<b>Terapia Polo Positivo</b>	<b>Invio Polo Negativo</b>	<b>Costruzione Polo Positivo</b>	<b>Patologia Polo Negativo</b>	<b>Cura Polo Positivo</b>
casa	farmaco	collegli	rapporto	patologia	medicina di
struttura	prendere	bello	medico di	capire	base
lavorare	cercare	lasciare	fam.	ricetta	cura
assist. dom.	aspetti	guardare	conoscere	importante	pensare
mettere	terapia	situazione	chiedere	clinico	tempo
livello	medicina gen.	risolvere	bisogno	medicina	riuscire
insieme	dipendere	servizio	visitare	disagio	bisognare
ASL	inviare	vita	fiducia	affrontare	trovare
economico	diventare	psichiatria	malattia	particolare	ambulatorio
sanità	ripetere	funzionare	cominciare	psicologo	figura
figli	ambito	euro	chiamare	vivere	entrare
anziano	possibile	ospedale	sentire	psicoterapia	approccio
territorio	problematico	servire	realtà	CIM	esistere
			persona		base
contributo assoluto da 6,94% a 1,28%	contributo assoluto da 4,03% a 1,13%	contributo assoluto da 1,92% a 0,12%	contributo assoluto da 6,19% a 1,84%	contributo assoluto da 4,82% a 0,29%	contributo assoluto da 13,19 a 0,16%

Dall'interpretazione dei fattori emerge che il modello biopsicosociale evoca una prima distinzione delle funzioni del medico: quella dell'*assistenza* (polo negativo) e quella dell'*intervento* (polo positivo). Tale dimensione spiega il 40% della variabilità del testo, vale a dire quella principale. I partecipanti sembrano così sottolineare che secondo un primo aspetto (polo positivo) la propria prassi professionale si declina attraverso una dimensione attiva volta a contrastare la malattia, dove al paziente viene chiesto di essere ubbidiente rispetto a quanto prescritto, vale a dire di seguire la terapia farmacologica o di accettare di essere inviato ad altri specialisti per risolvere il problema. Si distingue da questo aspetto della prassi quello dell'*assistenza* (polo negativo), dove il focus è sulla presa in cura: la relazione tra il medico e il paziente appare più simmetrica e si



sottolinea la necessità di interagire con i diversi attori sociali per costruire una rete capace di fornire assistenza. Questo primo fattore sembra così evidenziare due modi diversi di guardare all'oggetto (il male o la persona), che organizzano una diversa relazione di potere (asimmetrica e simmetrica) e una diversa modalità di intervento (fronteggiare il male o assistere la persona).

La figura 1 mostra lo spazio fattoriale così come è organizzato anche dagli altri due fattori, il secondo e il terzo, che spiegano rispettivamente il 33% e il 27% della variabilità del testo. È interessante notare come il primo fattore distingue in due gruppi i cluster: il secondo e il quarto sul polo dell'assistenza e il primo e il terzo su quello dell'intervento. Tale configurazione evidenzia come il secondo fattore proponga categorie di lettura solo per la polarità dell'assistenza così come il terzo solo per quella dell'intervento. Pertanto, questi due aspetti della funzione del medico non sono mai integrati.

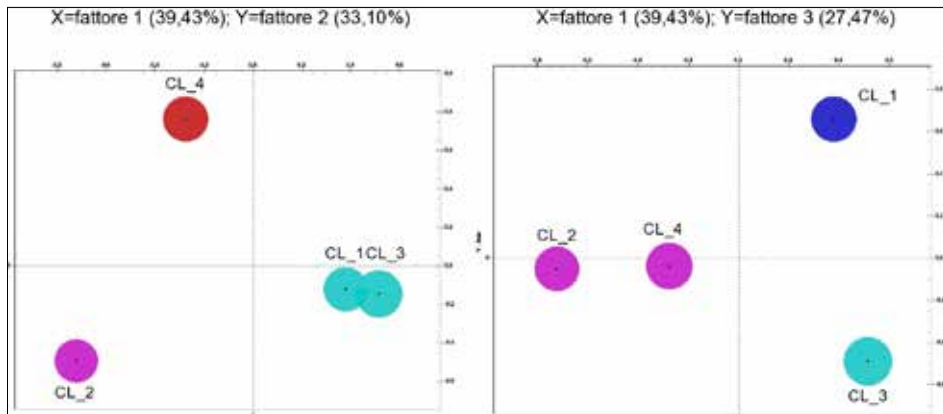


Figura 1. Disposizione dei quattro cluster nello spazio fattoriale

Il secondo fattore declina la funzione di assistenza (polo negativo del fattore 1) attraverso due modalità: la costruzione della relazione di fiducia con il paziente (polo positivo), che viene assunta dal medico, e l'invio (polo negativo), che delega la presa in carico del paziente ad altri. L'assistenza viene così a configurare due aspetti del rapporto con il paziente. Quello di assunzione di un ruolo attivo caratteristico del medico di famiglia, che sottolinea l'importanza della costruzione di una relazione di fiducia entro la quale il paziente possa affidarsi al medico, dove la dimensione di cura della malattia non può prescindere dalla necessità di costruire un rapporto umano che consenta di capire le persone e i loro bisogni. Tale compito è assunto dal medico: egli si attribuisce la responsabilità di attuare tutte le azioni necessarie al raggiungimento di questo obiettivo chiedendo,

ascoltando, visitando e anche contattando telefonicamente il paziente, se necessario.

L'invio, al contrario, sembra sottolineare la delega, vale a dire la necessità di lasciare ad altri colleghi (l'ospedale, lo psichiatra, ecc.) 'l'onere e l'onore' della risoluzione del problema, dove l'assistenza viene affidata ad altri, restando in una posizione di attesa e monitorando la situazione. In tal senso sembra che la dimensione dell'assistenza sia declinata in due modi: una assunta, tesa alla costruzione del rapporto di fiducia, in cui è il paziente a fidarsi del medico, ed una delegata, in cui è il medico a fidarsi dei colleghi.

Il terzo fattore, invece, guarda all'oggetto dell'intervento (polo positivo del fattore 1) focalizzando l'attenzione su due diversi aspetti: quello diretto ad affrontare la patologia (polo negativo), che porta a svolgere attività tese a intervenire sul disagio del paziente, e quello volto a curare (polo positivo), che guarda al contesto in cui la cura si svolge. Se l'intervento sulla patologia sembra essere simbolizzato come elemento importante, capace di offrire al MMG un gratificante riconoscimento sociale da parte del contesto, quello di cura sembra rimandare al difficile riconoscimento sociale della complessa funzione che il MMG svolge nell'integrare le diverse discipline medico specialistiche per avere una comprensione globale, e non parcellizzata, della malattia. Questo aspetto, in opposizione a quello dell'intervento sulla patologia, sembra essere simbolizzato dal contesto come elemento di 'base opposta al vertice', come a dire che tanta difficile complessità non sembra offrire un gratificante riconoscimento sociale, ma sembra essere ricondotta a qualcosa di poco rilevante, di semplice e basilare, quindi misconosciuta e svalutata. Tale aspetto viene efficacemente descritto in una poesia di Arnaldo Fusinato (2014) sul medico condotto, progenitore di quello di medicina generale:

Arte più misera, arte più rotta  
Non c'è del medico che va in condotta.[...]  
È senza tregua, senza respiro,  
Come la posta sei sempre in giro. [...]  
Se tu guarisci qualche ammalato  
E' Maria Vergine che l'ha salvato;  
Ma per disgrazia s'egli ti muore,  
T'urlano dietro: - Can d'un dottore! (Fusinato 2014)

Il terzo fattore, pertanto, sembra sottolineare l'ambivalenza che caratterizza questa specifica figura professionale. Essa sembra muoversi tra il gratificante riconoscimento sociale della capacità medica di intervenire sulla patologia, non specifica del MMG, ma della medicina in generale, e il disconoscimento del difficile compito di raccordo e integrazione che fare

il medico di base richiede e che caratterizza e distingue tale professione dalle altre branche.

Entro questo spazio culturale organizzato dai tre fattori si collocano i quattro cluster, che evidenziano le tematiche caratterizzanti la rappresentazione dell'intervento biopsicosociale dei medici intervistati (tab. 4).

Tabella. 4. Sintesi dei cluster (elenco delle prime 15 unità lessicali ordinate per numero di contesti elementari – CE – nel cluster, la loro proporzione è indicata tra parentesi accanto al cluster)

<b>CLUSTER 1 (24.53%)</b>	<b>CE in CL</b>	<b>Esempi di contesti elementari classificati</b>
<b>Cura</b>		
<b>Medicina Di Base</b>	56	
<b>Riuscire</b>	54	«Fisicamente è impossibile, diventa difficilissimo: anche, se
<b>Tempo</b>	53	io vado in ospedale a parlare di un mio paziente vengo
<b>Cura</b>	48	molto spesso scartato [...]. Non ti dicono mai nulla, sono
<b>Pensare</b>	41	evasivi»;
<b>Trovare</b>	29	«Come? Con un po' di buon senso, un po' di esperienza,
<b>Terapia</b>	26	nessuno ci prepara a fare questo tipo di lavoro [...] io
<b>Bisognare</b>	23	penso di mettercela tutta per far sì che la mia visita sia
<b>Persona</b>	22	a 360 gradi, di sondare un po' tutti gli aspetti, tutte le
<b>Figura</b>	20	problematiche di quel soggetto»;
<b>Ripetere</b>	20	«Se io dentro il mio studio dedico tempo a certificati
<b>Ambulatorio</b>	15	e ricette e non ho il contatto con il paziente, il paziente
<b>Tornare</b>	14	vede il medico di base come un burocrate e non come un
<b>Medicina generale</b>	14	medico».
<b>Ambito</b>	12	
<b>CLUSTER 2 (23,30%)</b>	<b>CE in CL</b>	<b>Esempi di contesti elementari classificati</b>
<b>Invio</b>		
<b>Casa</b>	50	
<b>Struttura</b>	49	«Sul territorio purtroppo, siamo lasciati soli, questa è
<b>Lavorare</b>	39	una verità, perché le strutture sono quelle che sono, e
<b>Mettere</b>	37	sinceramente spesso malati un po' importanti come i
<b>Collegli</b>	33	malati psichiatrici»;
<b>Situazione</b>	30	«Ci dovrebbero essere più strutture sul territorio per i
<b>Psicologo</b>	25	malati cronici, ci dovrebbero essere molte più strutture
<b>Risolvere</b>	23	che si occupino di sostenere le famiglie in situazioni
<b>Bello</b>	21	veramente molto critiche, invece non c'è niente, per cui le
<b>Sanità</b>	21	famiglie si devono tassare per badanti»;
<b>Figli</b>	21	«Diciamo che le banalità sono tra coniugi, genitori e figli,
<b>Livello</b>	20	però lì ce la vediamo noi, non è un problema, non abbiamo
<b>Assistenza</b>	19	bisogno di nessuno sinceramente, a meno che non hai
<b>Domiciliare</b>	18	situazioni gravi, allora c'è un adolescente grave, con
<b>ASL</b>	18	problemi di personalità».
<b>Gente</b>		

## Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

CLUSTER 3 (26,98%)	CE in CL	Esempi di contesti elementari classificati
<b>Trattamento Farmacologico</b>		
<b>Cercare</b>	57	«Ognuno di questi baderà alla sua branca, al suo problema e prescriverà dei farmaci se non c'è nessuno che coordina queste terapie noi ce lo ritroveremo avvelenato questo paziente»; «Dipende dal tipo di patologia, dipende dal tipo di cure, dipende da tanti fattori insomma. Non è che se c'è una malattia acuta in cui si può trattare con dei farmaci rapidamente...cioè gli aspetti sociali e psicologici secondo me vengono in secondo piano insomma»; «Il medico di base è il primo step, quindi deve essere bravo a capire il soggetto, capire la patologia se è una patologia veritiera o no, perché a noi ci capita di tutto ci capita la classica persona fobica che per qualsiasi cosa viene a studio».
<b>Patologia</b>	55	
<b>Capire</b>	50	
<b>Aspetti</b>	46	
<b>Farmaco</b>	44	
<b>Prendere</b>	44	
<b>Dipendere</b>	27	
<b>Medicina</b>	27	
<b>Importante</b>	26	
<b>Diventare</b>	25	
<b>Possibile</b>	25	
<b>Disagio</b>	22	
<b>Problematico</b>	21	
<b>Discorso</b>	20	
<b>Caso</b>	20	
CLUSTER 4 (25,20%)	CE in CL	Esempi di contesti elementari classificati
<b>Relazione terapeutica</b>		
<b>Conoscere</b>	44	«La mia esperienza è su un quartiere che conosco da circa 10 anni e in cui vivo quindi è una realtà che conosco bene, mi ritengo una persona fortunata perché in questa zona è possibile fare il medico di famiglia a tutto tondo»; «Non è che li mando via e passo all'altro, il resto tempo [...] cominciamo a parlare di donne, di sport, di calcio. [...] cominciamo a conoscerci vicendevolmente, riesco a capire che tipo di percorsi mentali fa quando sta male, che tipo di momento psicologico e sociale vive, se sta per essere licenziato»; «Il rapporto del medico non strettamente correlato alla malattia, [...] loro sentono molto questa visita domiciliare».
<b>Bisogno</b>	40	
<b>Rapporto</b>	39	
<b>Chiedere</b>	35	
<b>Malattia</b>	33	
<b>Visitare</b>	30	
<b>Sentire</b>	29	
<b>Chiamare</b>	28	
<b>Persona</b>	28	
<b>Giorno</b>	27	
<b>Medico Di Famiglia</b>	25	
<b>Mandare</b>	22	
<b>Aiutare</b>	22	
<b>Migliorare</b>	21	
<b>Richiedere</b>	18	

Il primo cluster si colloca nello spazio fattoriale caratterizzato dalla cura come forma di intervento, vale a dire tutta la difficoltà con la quale i parlanti si confrontano nell'integrare i diversi aspetti del disagio, raccogliendo tutte le problematiche narrate da chi si sente svalutato e 'in frontiera': burocrazia, cronicità, assenza di tempo, disconoscimento, ecc. Il terzo cluster, invece, si trova nello spazio organizzato dall'intervento sulla patologia, quello che caratterizza in genere la professione medica e ne costituisce il mandato sociale. Tale tematica sottolinea la posizione di primo piano della dimensione biologica, svalutando e relegando quella psicosociale a una posizione di secondo piano, in maniera analoga a quanto accade alla funzione di cura del MMG. Sembra pertanto organizzarsi una gerarchia degli interventi, dove quello più importante è il fronteggiare la

patologia, attraverso la terapia farmacologica e il coordinamento dei diversi trattamenti prescritti dagli specialisti. L'invocazione di una specifica competenza biomedica risulta fondamentale proprio perché, in presenza di un problema grave, di un'emergenza, consente di evidenziare l'importanza di questa competenza e di occupare una posizione di potere gratificante, disconoscendo tuttavia gli aspetti psicosociali.

Le due tematiche rivelano un interessante elemento della rappresentazione dell'intervento biopsicosociale: a fronte della sollecitazione a parlare di una dimensione non prettamente biomedica, i medici evocano il peso attribuito ai diversi aspetti dell'intervento, che ne determina l'organizzazione gerarchica in funzione del grado di importanza. Il più rilevante è quello biomedico: primo tra tutti, domina incontrastato, prevale e decide prima di ogni cosa in nome di una competenza capace di fare la differenza tra la vita e la morte. Questo aspetto tuttavia non caratterizza nello specifico il medico di medicina generale, ma piuttosto la medicina specialistica. Al secondo posto troviamo il ruolo della cura, che passa in secondo piano proprio perché svolge l'utile funzione di raccordo e integrazione non solo tra i diversi trattamenti, ma anche tra le diverse prospettive, capace cioè di guardare alla salute nella sua globalità. Tuttavia tale aspetto, non potendo evocare nessuna dimensione necessitante di urgenza, viene messo in secondo piano e caratterizza nello specifico il ruolo del medico di medicina generale. Fiancheggiato di coda rimane l'aspetto psicosociale, quello che ha meno importanza, sia perché non si può invocare nessuna dimensione necessitante di urgenza, sia perché esso non è specifico dell'intervento biomedico: non esiste, infatti, una pillola che cura 'il divorzio' o la 'perdita del lavoro'.

Nel cluster caratterizzato dalla tematica inerente il trattamento farmacologico (cluster 3), infatti, tali dimensioni (psicologica e sociale) vengono associate alle situazioni di *grave* patologia psichiatrica, che necessitano del trattamento farmacologico e possono essere considerate importanti perché si occupano di pazienti con incapacità di intendere e di volere, in maniera più o meno pronunciata, e spesso sono accompagnate da una forte richiesta sociale di intervento. Tuttavia, la letteratura evidenzia come una parte sostanziale delle richieste al medico di medicina generale sia portata proprio da persone psicologicamente sane, che affrontano fasi particolari della propria vita: un divorzio, la perdita del lavoro, un lutto, ecc., ed è noto come tali eventi, soprattutto se sconosciuti, possano influire sullo stato di salute di una persona.

Il cluster 2 rimanda al tema dell'invio come forma di assistenza, il quale è necessario solo in presenza di una patologia psichiatrica o cronica grave e a confronto con le scarse risorse dei servizi territoriali. Sembra quindi che questi ultimi siano il luogo di raccolta di ciò che il medico non può risolvere, vale a dire situazioni di fronte alle quali la semplice terapia farmacologica non è sufficiente, poiché richiede una forma di assistenza che il medico non è in grado di fornire direttamente. Stante l'impossibilità

di intervenire, la soluzione sembra quella di affidarsi ad altri. Tuttavia, il fatto che gli 'altri' non siano in grado di assorbire ciò che il medico invia si collega alla reale mancanza di risorse in cui versa la nostra sanità pubblica; ci si può chiedere poi se la dimensione di gravità e di urgenza sulla quale si impernia il mandato sociale del medico non porti a sottovalutare determinati aspetti, che consentirebbero di lavorare sulla promozione della salute e sulla prevenzione della malattia.

Il quarto cluster, infine si colloca entro lo spazio fattoriale organizzato dalla costruzione di un rapporto di fiducia come forma di assistenza. Questa dimensione sottolinea una delle caratteristiche fondamentali del medico di famiglia: quella di instaurare un rapporto focalizzato non solo sull'intervento, ma anche sull'ascolto, sulla visita domiciliare, sulla capacità di conoscere e comprendere i bisogni del territorio entro il quale si opera. Sembra, infatti, che chi sceglie questa branca della medicina sia consapevole e interessato alla relazione di fiducia che si costruisce tra medico e paziente nel corso degli anni, sottolineando l'importanza dell'aspetto umano.

Le tematiche dell'invio e della costruzione della relazione sembrano evidenziare un aspetto interessante: la dimensione psicosociale, essendo relegata in secondo piano, viene trattata in modo aspecifico; vale a dire che il tipo di intervento che viene pensato non implica l'individuazione di professionisti specifici in grado di trattare il problema. L'invio viene per lo più pensato entro le categorie dell'assistenza o del trattamento farmacologico, apparentemente non menzionando le utili funzioni che professionisti come gli assistenti sociali o gli psicologi potrebbero svolgere. Inoltre, i servizi del territorio rimangono una dimensione aspecifica che si distingue da quella nota di tipo biomedico. Sembrano, così, mancare le categorie di lettura psicosociale del disagio utili alla prevenzione della malattia e alla promozione dello stato di salute insite nel modello biopsicosociale.

Infine, è interessante notare come tutte e quattro le tematiche (tab. 4) caratterizzano la rappresentazione che il medico ha del proprio ruolo entro il modello biopsicosociale, fatto di un intervento categorizzato come specifico del medico e di una forma di assistenza aspecifica, dove le strategie sono la necessità di instaurare un rapporto umano col paziente o l'invio competente solo nell'ambito biomedico. Tuttavia, i risultati evidenziano anche come la professione del medico di medicina generale sia complessa presentando una varietà di aspetti, dall'ambito più specificamente attinente alla professione, come la terapia farmacologica, a quelli più caratteristici della dimensione di aiuto e della costruzione di un rapporto umano. La tab. 5 mostra come le parole presenti nei diversi cluster consentano di definire per ogni tematica non solo l'azione da effettuare e il suo specifico target, ma anche l'attore, il cui appellativo cambia col cambiare delle funzioni attribuite al ruolo del MMG. Tale ricchezza lessicale è probabilmente legata alla lunga e complessa storia che ha caratterizzato lo sviluppo di

questa figura professionale e che ancora oggi, ne sottolinea la particolare complessità.

Tabella 5. Schema riassuntivo della posizione dei cluster nello spazio fattoriale

<b>Piano fattoriale</b>	<b>Tema</b>	<b>Soggetto</b>	<b>Target</b>	<b>Azione</b>
<b>Fattori 1-3: L'intervento tra terapia e cura</b>	Cura (cluster 1)	Medicina di base	Persona	Cura e Terapia
	Trattamento Farmacologico (cluster 3)	Medicina generale	Patologia	Prescrizione del Farmaco
<b>Fattori 1-2: L'assistenza tra relazione e invio</b>	Relazione Terapeutica (cluster 4)	Medico di famiglia	Malattia	Visita
	Invio (cluster 2)	Sanità	Gente	Invio

I temi relativi all'intervento, poiché forse non specifici del medico di medicina generale, rimandano al nome della disciplina: la 'medicina'. Rispetto alla cura essa si declina come 'medicina di base': si occupa di offrire alle persone un servizio complesso, di cura e terapia, ma sembra essere simbolizzata dal contesto come una branca di peso meno rilevante rispetto a quella specialistica e a quella della 'medicina generale', sottolineando la funzione di raccordo tra tutti gli interventi specialistici e la capacità di intervenire sulla patologia attraverso il farmaco.

I temi relativi all'assistenza individuano due attori diversi: la 'Sanità' come attore astratto al quale inviare la 'gente', un paziente altrettanto astratto, quasi a sottolineare come l'invio si costituisca come un'uscita dalla relazione terapeutico-affettiva con il medico. L'altro attore è il medico di famiglia, una persona con il proprio ruolo professionale, ma anche caratterizzata dalla forte dimensione umana di rapporto, che rende visita al paziente per curare la malattia, cosa altra dalla patologia, più complessa e globale. È interessante notare come solo in questo caso il ruolo si connette a una persona, forse a sottolineare come chi scelga questa professione lo faccia proprio per le sue caratteristiche non strettamente biomediche.

## **4 Conclusioni**

Il presente studio era volto a comprendere la rappresentazione del modello biopsicosociale dei medici di medicina generale del Comune di Roma al fine di comprendere se attualmente esistono le condizioni per una revisione del modello operativo. Pur non potendo generalizzare i risultati ottenuti a causa del metodo di campionamento utilizzato, la ricerca ha fornito interessanti spunti di riflessione sul modo attraverso il quale i medici

declinano la loro prassi professionale, evidenziando come prevalga a oggi un modello di lettura dei fenomeni più vicino a quello biomedico classico. Infatti, pur integrando gli aspetti biologici con quelli psicosociali, questi ultimi vengono relegati a elementi di sfondo, di minore importanza, da trattare entro la relazione di fiducia che il medico istituisce col paziente o, in caso di patologia cronica o psichiatrica conclamata, da inviare ai servizi del territorio. L'intervento in questo senso viene pensato solo nel caso in cui una terapia debba essere messa in atto, vale a dire in seguito a una diagnosi organizzata da categorie di tipo biomedico, ostacolando di fatto una prassi centrata sulla prevenzione della malattia e la promozione della salute; la cura è connessa a una forma conclamata di disagio necessitante un intervento. In assenza di quest'ultima l'intervento si esaurisce entro il rapporto umano medico-paziente che, sebbene di fondamentale importanza per la presa in cura della persona, non richiede competenze professionali specifiche e non si costituisce come un intervento biopsicosociale.

Il modello biopsicosociale, di conseguenza, sembra essere pensato come capacità di connessione tra branche specialistiche, da realizzarsi a valle del processo diagnostico operato dal MMG, e non come un nuovo modo di intendere il processo diagnostico, che richiede la presenza di più professionisti sin dalle prime fasi di intervento. Tale rappresentazione, non riconoscendo la parzialità di ogni branca della conoscenza e la conseguente necessità di una integrazione di competenze professionali oltre da quelle mediche, non consente di ritenere possibile la riorganizzazione del modello di intervento.

Benché la lettura delle singole interviste evidenzi come in alcuni casi questo cambiamento sia auspicato, di fatto la cultura generale esprime i modelli in voga, fatti di raccordo tra le specializzazioni. Si può fare l'ipotesi che questo sia connesso con il tipo di formazione effettuata di questi professionisti, che non fornisce categorie di lettura altre rispetto a quelle squisitamente biomediche. L'esperienza professionale dei MMG, d'altronde, sebbene consenta di comprendere come gli aspetti psicosociali influiscano sul benessere dei pazienti non costituisce una stimolo sufficiente alla revisione delle proprie categorie. Ciò limita la capacità del medico di proporre un intervento di prevenzione della malattia e di promozione della salute in linea con il modello biopsicosociale così come proposto in letteratura. La ricerca, infatti, mette in evidenza come gli interventi vengano gerarchicamente ordinati per grado di importanza attribuendo all'intervento biologico un maggiore rilevanza e specificità rispetto a quello psicosociale.

Quanto affermato non mira a svalutare l'utilità delle categorie di lettura biomediche costruite durante il processo di formazione di base, ma a sottolineare come per attuare un intervento sia probabilmente utile pensare a una formazione specialistica post-laurea, capace di costruire nuove categorie di lettura, non solo per i medici, ma anche per tutte quelle figure professionali che sono implicate nel processo di erogazione dei servizi della



Primary Care. Una simile competenza consentirebbe di favorire lo sviluppo di una prassi innovativa basata sulla prevenzione, in grado di promuovere la salute e prevenire la malattia, di migliorare i servizi offerti, di ridurre i costi della spesa sanitaria e aumentare l'empowerment del paziente.

## Bibliografia

- Ardigò, A. (2006). *Famiglia solidarietà e nuovo welfare*. Milano: Franco-Angeli.
- Barroso, José M.D. (2011). «Europe Leading Social Innovation» [online]. Disponibile all'indirizzo [http://ec.europa.eu/enterprise/policies/innovation/files/sie-conference/barroso-speech-11-190\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/enterprise/policies/innovation/files/sie-conference/barroso-speech-11-190_en.pdf) (2015-06-30).
- Berenson, R.A.; Devers, K.J.; Burton, R.A. (2011). «Will The Patient-centered Medical Home Transform The Delivery of Health Care?». Disponibile all'indirizzo <http://www.rwjf.org/qualityequality/product.jsp?id=72660> (2015-06-30).
- Bertin, G. (a cura di) (2015). *Medicina specialistica e community care* [online]. Venezia: Edizioni Ca' Foscari. Politiche sociali, 4. Disponibile all'indirizzo <http://www.edizionicafoscari.unive.it/col/exp/28/69/PoliticheSociali/4> (2015-06-30).
- Bertin, G.; Cipolla, C. (a cura di) (2013). *Verso differenti sistemi sanitari regionali* [online]. Venezia: Edizioni Ca' Foscari. Politiche sociali, 2. Disponibile all'indirizzo <http://www.edizionicafoscari.unive.it/col/exp/28/145/PoliticheSociali/2> (2015-06-30).
- Bray, J.H. (2004). «Training Primary Care Psychologists». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 11 (2), pp. 101-107.
- Carli, R. (1990). «Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali». *Rivista di Psicologia Clinica*, 4, pp. 282-296.
- Cipriani, R.; Bolasco, S. (a cura di) (1995). *Ricerca qualitativa e computer: Teorie, metodi e applicazioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Cordella, B.; Greco, F.; Raso, A. (2014). «Lavorare con corpus di piccole dimensioni in psicologia clinica: Una proposta per la preparazione e l'analisi dei dati». In: *Proceedings-Actes, JADT 2014 = Actes de la 12es Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles* (Paris, 3-6 Juin 2014). Paris: JADT.org, pp. 173-184.
- Cubic, B.A.; Mance, J.; Turgesen, J.N.; Lamanna, J.D. (2012). «Interprofessional Education: Preparing Psychologists for Success in Integrated Primary Care». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 19, pp. 84-92.
- Freda, M.F. (2008). *Narrazione e intervento in psicologia clinica: Costruire, pensare e trasformare narrazioni tra Logos e Pathos*. Napoli: Liguori.

- Fusinato, A. (2014). «Il medico condotto» [online]. Disponibile all'indirizzo <http://www.3vallimed.com/img/Arnaldo%20Fusinato%20Il%20medico%20condotto.pdf> (2015-06-30).
- Gatchel, R.J.; Oordt, M.S. (2003). *Clinical Health Psychology and Primary Care: Practical Advice and Clinical Guidance for Successful Collaboration*. Washington: American Psychological Association.
- Greco, F.; Ragusi E. (2012). «Un Cas de Participation Sociale à la Vie Politique: Les Brigade Rosse» [online]. *Abstract book ESA RN27 Sassari 2012 = Proceedings of the Conference «Civil Society Organizations in the Mediterranean Area: Societal Role, Challenges, Dynamics»* (Sassari, 1-2 ottobre 2012). Disponibile all'indirizzo <http://esarn27sassari2012.wordpress.com/abstract-book/> (2015-06-30)
- Illich, I. (2003). «Medical Nemesis». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (12), pp. 919-922.
- James, L.C. (2006). «Clinical Health Psychology Institute: Integrating Clinical Health Psychology Into Primary Care Settings». *Journal of clinical psychology*, 62 (10), pp. 1207-1212.
- Kaslow, N.J.; Graves, C.C.; Smith, C.O. (2012). «Specialization in Psychology and Health Care Reform». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 19 (1), pp. 12-21.
- Kroenke, K.; Mangelsdorff, D. (1989). «Common Symptoms in Ambulatory Care: Incidence, Evaluation, Therapy and Outcome». *American Journal of Medicine*, 86, pp. 262-266.
- Lancia, F. (2012). *T-Lab 8.0: Manuale d'uso* [online]. Disponibile all'indirizzo <http://www.tlab.it/it/presentation.php> (2015-06-30).
- McDaniel, S.H.; LeRoux, P. (2007). «An Overview of Primary Care Family Psychology». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 14 (1), pp. 23-32.
- Miller, B.F.; Mendenhall, T.J.; Malik, A.D. (2009). «Integrated Primary Care: An Inclusive Three-world View Through Process Metrics and Empirical Discrimination». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 16 (1), pp. 21-30.
- Moscovici, S. (1989). *Psicologia sociale*. Roma: Borla.
- Nash, J.M.; McKay, K.M.; Vogel, M.E.; Masters, K.S. (2012). «Functional Roles and Foundational Characteristics of Psychologists in Integrated Primary Care». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 19 (1), pp. 93-104.
- Rozensky, R.H. (2006). «Clinical Psychology in Medical Settings: Celebrating Our Past, Enjoying The present, Building Our Future». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 13 (4), pp. 343-352.
- Salvatore, S.; Gennaro, A.; Auletta, A.F.; Tonti, M.; Nitti, M.(2012). «Automated Method of Content Analysis: A Device for Psychotherapy Process Research». *Psychotherapy Research*, 22 (3), pp. 256-273.

Skilling, J.L.; Murdoch, W.J.; Porcerelli, J.H. (2010). «“I Fired My Last Doctor for Not Taking Me Seriously”: Collaborating with a Difficult Medical Patient in a Multidisciplinary Primary Care Facility». *Journal of Personality Assessment*, 92 (6), pp. 533-543.

Solano, L. (a cura di) (2011). *Dal sintomo alla persona: Medico e psicologo insieme per l'assistenza di base*. Milano: FrancoAngeli.